

## TRABAJO ORIGINAL

# La radioterapia intraoperatoria desde las perspectivas de las usuarias: Estudio cualitativo en la ciudad de Rosario, Argentina.

*Cecilia Straw<sup>1</sup>, Carla Vildoza<sup>2</sup>,  
Daniela Latuada<sup>3</sup>, Gonzalo  
Tabares<sup>2</sup>, Alfonso Benítez Gil<sup>2</sup>,  
Alejandro Alvarez Gardiol<sup>2</sup>,  
Eduardo Alvarado  
Arichuluaga<sup>2</sup>, Germán Soso<sup>2</sup>,  
Cristian Micheri<sup>4</sup>, Sandra  
Sarancone<sup>5</sup>, Luis Reñé<sup>6</sup>,  
Ma. Soledad Muñoz<sup>7</sup>,  
Lisandro Benítez Gil<sup>2</sup>*

## RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. Un nuevo enfoque del tratamiento del cáncer de mama en estadio temprano se consolidó con los resultados de dos ensayos clínicos que definieron los criterios para seleccionar las pacientes candidatas a la radioterapia intraoperatoria.

## Objetivo

Describir las experiencias de usuarias tratadas con radioterapia intraoperatoria en Argentina.

## Materiales y método

Se realizó una investigación cualitativa utilizando entrevistas individuales semiestructuradas a usuarias (n=18) que recibieron un tratamiento con radioterapia intraoperatoria.

1 Dra. en Ciencias Sociales. Centro de Estudio de Estado y Sociedad.

2 Mastología. Centro de Mastología.

3 Ginecología. Centro de Mastología.

4 Oncología. Centro de Mastología.

5 Anatomía Patológica. Quantum y Centro de Mastología.

6 Radioterapia. Centro de Radioterapia.

7 Diagnóstico por Imágenes. Centro de Mastología.

Correo electrónico: cecilia.straw@gmail.com

## Resultados

Las percepciones de las entrevistadas fueron que los tiempos de las trayectorias de atención fueron rápidos. Aspectos médicos, prácticos y emocionales fueron mencionados como ventajas y ninguna desventaja del tratamiento. Factores de índole práctica, financieros y vínculos de confianza con los profesionales favorecieron la aceptación del tratamiento. Mayoritariamente las entrevistadas expresaron una alta satisfacción con el proceso de atención, si bien sortearon barreras interpersonales, personales e institucionales del sistema de salud.

## Conclusiones

La radioterapia intraoperatoria aporta numerosas ventajas a las pacientes. Con su cobertura se facilitará el acceso y se contribuirá a una mejor calidad de vida de las pacientes.

## Palabras Clave

Cáncer de mama, radioterapia intraoperatoria, ventajas relativas, Argentina.

## ABSTRACT

Background: Breast cancer is a major public health problem. A new approach to the treatment of early-stage breast cancer was consolidated by the results of two clinical trials that defined the criteria for selecting patients who are candidates for intraoperative radiotherapy.

## Objective

To describe the experiences of patients treated with intraoperative radiotherapy in Argentina.

## Materials and method

Qualitative research was conducted using semi-structured individual interviews with patients (n=18) who received intraoperative radiotherapy treatment.

## Results

The interviewees perceived that the care pathways were fast. Medical, practical, and emotional aspects were mentioned as advantages, and no disadvantages of the treatment were mentioned. Practical and financial factors and trusting relationships with professionals favored acceptance of the treatment. Most of the interviewees expressed high satisfaction with the care process, although they encountered interpersonal, personal, and institutional barriers in the health system.

## Conclusions

Intraoperative radiotherapy offers numerous advantages to patients. Its coverage will facilitate access and contribute to a better quality of life for patients.

## Key words

Breast cancer, intraoperative radiotherapy, relative advantages, Argentina.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es un importante problema de salud pública por ser el tumor más frecuente en mujeres a nivel mundial.<sup>1</sup> Argentina y la provincia de Santa Fe siguen la misma tendencia.<sup>2,3</sup>

Un nuevo enfoque del tratamiento del CM en estadio temprano se consolidó con los resultados de dos ensayos clínicos<sup>4,5</sup> que definieron los criterios para seleccionar las pacientes candidatas a la técnica de la irradiación parcial acelerada de la mama (APBI, por su sigla en inglés, *Accelerated Partial Breast Irradiation*). Estos ensayos demostraron que mediante la selección adecuada de las pacientes no existen diferencias en la supervivencia general a la lograda con la radioterapia estándar que irradia toda la mama de forma externa. Dentro de las técnicas APBI se incluye la radioterapia intraoperatoria (IORT, por su sigla en inglés, *intraoperative radiation therapy*), que consiste en una sola dosis de radiación aplicada durante la cirugía de mama. Recientemente, Vaidya y col.<sup>6</sup> documentaron la expansión en el uso de la radioterapia intraoperatoria mundialmente, contabilizando 35 países y 45.000 pacientes atendidas con esta modalidad. En la ciudad de Rosario (provincia de Santa Fe/ Argentina), en 2018, un Centro de mastología y un Centro de radioterapia, comenzaron con

la aplicación de la técnica quirúrgica IORT. La descripción técnica de la experiencia fue realizada previamente.<sup>7</sup>

En este artículo, de acuerdo con nuestro conocimiento, se presenta el primer análisis de las experiencias de usuarias tratadas con radioterapia intraoperatoria en Argentina (entre el 1 de enero de 2018 y el 1 de junio de 2022). En particular, se indagaron las barreras y los facilitadores que afectaron el acceso al tratamiento, los motivos para su elección, la evaluación y satisfacción con el tratamiento y atención recibida, así como recomendaciones a otras mujeres en situaciones similares, equipos de salud encargado de la atención y provisión del tratamiento, y entidades financiadoras del sistema de salud argentino. Estos datos se enmarcan en un proyecto mayor, financiado por el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina, denominado “Estudio sobre tiempos de atención y perspectivas de equipos de salud y mujeres con cáncer de mama tratadas con radioterapia intraoperatoria” cuyo objetivo principal fue analizar los tiempos de atención de mujeres tratadas con la modalidad de radioterapia intraoperatoria (IORT) entre el 1 de enero de 2018 hasta el 1 de diciembre de 2022. Pensamos que el conocimiento de las perspectivas de las pacientes producido contribuirá a la comprensión de las experiencias de pacientes con CM en estadio temprano. Asimismo, aportará un conocimiento valioso para los médicos, futuras pacientes y entidades financiadores del sistema de salud a la hora de informar y evaluar las opciones terapéuticas disponibles, abriendo la elección entre tratamientos de radioterapia que respondan a las preferencias y la preservación de la calidad de vida de las pacientes.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo a partir de entrevistas individuales semiestructuradas a usuarias.

### **Lugar de realización del estudio**

La provincia de Santa Fe está ubicada en el centro de Argentina. Tiene aproximadamente 3.544.500 habitantes, de los cuales el 52% son mujeres.<sup>8</sup> El sistema de salud provincial cuenta con tres sectores: público, privado/empresas de medicina prepaga, y de obras sociales. El primero es gratuito para las personas sin seguridad social (trabajadores informales y sus familias), el segundo y tercero es financiado por las personas con trabajo formal vinculadas a la actividad profesional. Aproximadamente el 66% de la población tiene seguro médico privado/empresas de medicina privada y de las obras sociales.<sup>8</sup>

### **Población objetivo y muestra**

Se utilizó un muestreo intencional: se entrevistaron a 18 usuarias. La muestra fue por conveniencia y terminó integrada por quienes fueron invitadas a participar y aceptaron. El número final de entrevistas se arribó siguiendo el criterio de la saturación teórica.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Usuaris: el tratamiento de radioterapia intraoperatoria en los dos centros de atención participantes de la investigación. Fueron excluidas aquellas usuarias que recibieron el tratamiento con posterioridad al 1 de junio de 2022.

### **Instrumento de recolección de la información**

Las entrevistas individuales semiestructuradas se realizaron con una guía de pautas.

### **Recolección de la información**

La información fue recolectada por dos investigadoras formadas en ciencias médicas, entre octubre y diciembre de 2024. Dos profesionales de la salud del equipo de investigación invitaron a las participantes a través de WhatsApp a una entrevista telefónica y se les envió el consentimiento informado. Las entrevistas duraron en promedio cincuenta minutos, y se obtuvo el permiso de las participantes para grabarlas en audio antes del comienzo de la entrevista.

### **Técnica de Análisis**

La información recolectada se analizó temáticamente.<sup>9</sup> Una vez realizada la transcripción, todas las entrevistas se ingresaron en el software ATLAS.ti (versión 7.5.4; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlín).

El análisis fue realizado por dos investigadoras. Los resultados de la investigación fueron discutidos en sesiones conjuntas del equipo de investigación, y cualquier desacuerdo fue resuelto mediante un debate.

### **Aspectos éticos y consentimiento de los participantes**

El protocolo del estudio contó con la aprobación del Comité de Ética Dr. Claude Bernand (Rosario, Santa Fe). Se siguieron los criterios de la Declaración de Helsinki, y la información relevada fue tratada confidencialmente, de acuerdo con la Ley Nacional 25.362/2000 de Protección de los Datos Personales. Antes de la entrevista, se explicaron los objetivos del estudio a cada participante, quien luego firmó un formulario de consentimiento informado.

**Tabla 1.** Descripción de la muestra (n.18)

Edad (años)		
Edad promedio	67,8	
Edad mínima	54	
Edad máxima	86	
Cobertura de salud – n (%)		
EMP	11	61,1
OS	6	33,3
Sin cobertura (particular)	1	5,6
Nivel educativo – (n.%)		
Primaria completa	1	5,6
Secundaria completa	9	50,0
Estudios terciarios	3	16,7
Estudios universitarios	5	27,8
Distancia entre residencia y centro de atención (km)		
Promedio	71,6	
Máxima	180	
Mínima	0	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 2.** Tiempos de las trayectorias de atención.

Tiempos en las trayectorias de atención (n.%)		
Intervalo de diagnóstico (T2)		
Óptimo*	17	94,4
Leve a moderada**	1	5,6
Intervalo de tratamiento (T3-T4)		
Óptimo*	1	5,6
Leve a moderada**	11	61,1
Severa***	6	33,3
Trayectoria de atención (pandemia COVID-19)		
Sí	8	44,4
No	10	55,6

\*: Tiempo óptimo: 30 días de acuerdo con el PNCM-INC.

\*\*: Demoras leves a moderadas, supera el tiempo considerado óptimo por PNCM-INC, pero no lo duplica. \*\*\*: Demoras severas, doble del tiempo considerado como óptimo por PNCM-INC.

Fuente: Elaboración propia.

## RESULTADOS

### I. Características de las pacientes

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de las pacientes: - Dieciocho mujeres.

- Edad promedio 67,8 años, mínimo 54/máximo 86 años.

- Nivel educativo alcanzado: primario completo (1 entrevistada), secundario completo (9 entrevistadas), terciario completo (3 entrevistadas) y universitario completo (5 entrevistadas).

- Cobertura de salud: 11 entrevistadas contaban con empresas de medicina prepagas (EMP), 6 con obra social (OS) y 1 -no contaba con las mencionadas coberturas- y se atendió de forma particular.

- Distancia entre residencia y centros de atención: mitad de las entrevistadas residía a más de 50 kilómetros, promedio 72km, mínimo 0/máximo 180km.

En la Tabla 2 se presentan los tiempos de las trayectorias de atención de las entrevistadas:

T2 (intervalo de diagnóstico desde la primera consulta en el centro de mastología hasta el diagnóstico):

- 17 entrevistadas con tiempos óptimos (dentro de los 30 días).

- 1 entrevistada con tiempos de leves a moderados (31 y 60 días).

T3-T4 (intervalo de tratamiento desde el diagnóstico hasta completar la cirugía y radioterapia intraoperatoria):

- 1 entrevistada en tiempos óptimos.

- 11 entrevistas en tiempos leves a moderados.

- 6 entrevistadas con demoras severas (superiores a 60 días).

Ocho entrevistadas realizaron la trayectoria de atención durante la pandemia por COVID-19 (2020-2021).

### La percepción de los tiempos en las trayectorias de atención

La percepción general que predominó entre las entrevistadas fue que el proceso de atención se desarrolló rápidamente. La duración de las trayectorias entre la primera consulta, la obtención del diagnóstico -incluida la biopsia- y la realización del tratamiento con radioterapia intraoperatoria duró aproximadamente entre uno y tres meses. Principalmente se destacó la rapidez para arribar al diagnóstico.

*“Yo creo que fue rápido porque se hizo todo enseguida. No se perdió tiempo para nada. Yo fui un día y al otro día me hicieron la punción. A los 10 días o 12 me llamaron por los resultados y empezamos a programar la cirugía. Un mes y algo” [E10].*

Paralelamente a la percepción general de rapidez, algunas entrevistadas resaltaron que el paso del tiempo fue procesado de forma distinta. Para algunas entrevistadas el paso del tiempo resultó gravoso al percibir que transcurría lentamente y sentir la necesidad de resolver la enfermedad en el menor tiempo posible. Adicionalmente mencionaron que frente al diagnóstico de cáncer de mama sintieron ansiedad y miedo. Para otras entrevistadas el paso del tiempo en las trayectorias pudo ser manejado e incluso postergar prácticas de atención. En estos casos, las entrevistadas mencionaron que se sintieron tranquilas principalmente por las explicaciones médicas respecto de la progresión lenta de la enfermedad y/o la confianza en los profesionales.

*“Lo que pasa es que, para uno... Creo que las biopsias están a los veinte días, o no llega a un mes. Pero a vos te parece que pasaron cien días. Por la ansiedad que te genera. La palabra “cáncer” da miedo, no sé por qué. El médico me dijo: “te podés ir de vacaciones... todas esas explicaciones”, me hizo dibujos que tengo guardados. Yo le digo: “no, como soy yo no me puedo ir de vacaciones” [E6].*

*“Habrá sido dos meses, dos meses y medio. Más de eso no fue, porque una cuestión es encontrar el turno que sea conveniente para el médico y para mí. Distintas circunstancias hacen que no sea tan inmediato porque había que conciliar distintas cuestiones” [E11].*

En las trayectorias de atención durante la pandemia COVID-19 se registraron demoras. Los relatos dan cuenta que se percibía como un peligro mayor el contagio de COVID-19 que la falta de realización de controles mamarios o el tratamiento de radioterapia intraoperatoria. En cambio, en un contexto con menor riesgo de contagios, los tiempos de las trayectorias de atención se aceleraron o no tuvieron demoras.

### Ventajas y desventajas relativas del tratamiento de radioterapia intraoperatoria frente a la realización de una cirugía conservadora de mama y luego un tratamiento de radioterapia externa

Las entrevistadas mencionaron varios aspectos ventajosos y ninguna desventaja.

Aspectos vinculados a cuestiones médicas: Las entrevistadas resaltaron las ventajas de ser la radioterapia intraoperatoria un tratamiento focalizado en el tejido, concentrado al aplicarse en una sola dosis y que genera una menor cantidad de efectos secundarios junto a un menor desgaste corporal.

*“Primero que una sola vez de radioterapia era muy conveniente para mi salud. No entiendo mucho, pero supuse que al estar abierto en plena cirugía iba a ser muchísimo más específico, y no se iba a irradiar toda la zona como con las otras radioterapias [radioterapia convencional externa]” [E11].*

*“Es como que a esto lo cortan de raíz al hacerte los rayos con la mama abierta [...] porque me abrieron abajo donde yo tenía [el nódulo]” [E12].*

Aspectos vinculados a cuestiones de índole práctica y emocionales: De la aplicación de la radioterapia intraoperatoria en un solo día, las entrevistadas resaltaron como ventajas eliminar los traslados diarios a un centro de radioterapia por 30/40 días consecutivos - mencionado por quienes residían alejadas de los centros de atención-, evitar el desgaste físico asociado a dichos traslados y tener que ser acompañadas, y evitar sufrir un desgaste emocional o secuelas por tener que realizar un tratamiento prolongado como una radioterapia externa. Otras ventajas prácticas resaltadas por las entrevistadas fueron no tener cambios importantes en la organización de la vida cotidiana previa al diagnóstico de cáncer (por ejemplo, las rutinas de trabajo, de esparcimiento).

*“Mi manera de pensar que soy muy proactiva, fue que irme a Rosario [a 129 km. de su residencia] implicaba una pérdida de tiempo útil [...] Además una vecina por un cáncer hizo ese ida y vuelta todos los días [para recibir un tratamiento de radioterapia convencional diariamente] y fue desgastante, devastador. Lo mismo gente que se va a Venado Tuerto, que queda a 120 km porque hay que ir por ruta. Son cosas que para la gente del interior es importante” [E3].*



### Factores que favorecen la aceptación de las pacientes del tratamiento de radioterapia intraoperatoria

Para las entrevistadas tres tipos de factores favorecieron la realización de la radioterapia intraoperatoria: los factores de índole práctica mencionados, los factores financieros al no ser los costos económicos del tratamiento de radioterapia intraoperatoria mayores que el pago a cargo de las pacientes de la mudanza de residencia y los traslados diarios, y la existencia de un vínculo médico-paciente de confianza y -en particular- la capacidad explicativa de los profesionales respecto de las características del tratamiento.

*“En una operación solucionaba todo de una sola vez. No tenía que estar un mes y medio, dos meses, yendo a rayos con esa molestia. La operación, ¡la quería ya! Todo el mundo te decía podés esperar, tranquila, es chiquitito, lo agarramos a tiempo, pero yo no quería esperar” [E16].*

*“Si te ponés a pensar lo que me salió el hacerme la radioterapia intraoperatoria comparándolo con lo que hubiese gastado en ir y volver, ya sea a Junín, Pergamino, o alquilando un departamento en Rosario, me hubiese salido mucho más caro” [E7].*

*“Yo como le tengo mucha confianza al médico, y me aseguraba que no me iba a pasar nada, me sentí tranquila, confié en él” [E1].*

### Barreras que encuentran las pacientes en las trayectorias de atención con un tratamiento de radioterapia intraoperatoria

Las entrevistadas mencionaron diferentes tipos de barreras que tuvieron que sortear en la trayectoria de atención.

Barrera interpersonal: falta de una referencia concreta a un centro especializado en mamas, y demoras en la elección del centro médico (aislado).

*“Yo tengo bien la fecha en que me operé [septiembre], y calculo que seis meses hasta llegar al [Centro de mastología] debo haber dado vueltas. No sabía qué hacer, pero seguía insistiendo en buscar un Centro...[...] Muy comercial. Porque lo primero que me decían era el precio y lo que me costaba hacerme lo que me tenía que hacer, sin que yo lo pregunte” [E18].*

Barreras personales: la barrera geográfica derivada de la residencia alejada de los centros de mastología y radioterapia, y los consecuentes traslados para acceder a la atención médica.

*“Mi médico de cabecera me dijo si podía ir a Rosario; es lo mejor que hay. Yo vivo a unos ciento sesenta km. Y fuimos. Nos pareció bien [evitar traslados] porque debido a la distancia si después de la cirugía yo tenía que hacer rayos iban a hacer muchos viajes” [E14].*

Barreras institucionales: las gestiones administrativas de la enfermedad, que se evidenciaron en (1) las gestiones burocráticas para la cobertura del tratamiento por parte de las OS y EMP. La mayor demora reportada fue de tres meses para autorizar la cobertura del tratamiento. En algunas entidades las gestiones implican que las entrevistadas deban realizar numerosas gestiones en persona; (2) la falta de cobertura total o parcial de los costos del tratamiento; (3) las gestiones burocráticas para la cobertura de los estudios prequirúrgicos, y la obtención de los turnos médicos para su realización.

*“Tuve que hablar mucho, y estuve un poco enojada con la obra social porque me tenían dando vueltas con esa cirugía [con radioterapia intraoperatoria]. Ellos consideraban que tenía que hacerme la convencional con rayos postoperatorios [...] Hice todo lo que ellos me fueron pidiendo: la historia clínica, todas las veces me pedían algo más. [...] Después yo pagué en efectivo toda mi cirugía, y después ellos me reintegraron menos de la mitad [E3].*

*“En mi obra social tenemos que autorizar cada vez que nos atendemos. Es ir [presencialmente] a autorizar y que nos pongan un código. Y la mayoría de las veces las chicas en la obra social te los ponen mal, y no sé si por abaratar costos no te ponen algo distinto... ¿Cómo me explico? Te vas a hacer un estudio y te anotan el 70% y te dejan el 30% afuera. Y vos después tenés que volver a que te cambien el código porque está mal puesto. Entonces, antes de irme del Centro [de mastología] les digo a las chicas que me anoten el código correcto así no tengo que ir y venir” [E5].*

*“El tema se complicó con la autorización de la obra social, que no autorizaba [la radioterapia intraoperatoria]. Pasaron un montón de meses. Ellos se plantaron que, si yo me iba a operar de una forma diferente a la que ellos acordaban [nomenclada, es decir, establecido un valor para la cobertura], no me pagarían nada. Pasaron un montón de meses. Mi marido dice tres, yo digo como seis” [E4].*

Vinculado con las demoras en las gestiones, algunas entrevistadas mencionaron los argumentos que las OS y EMP dieron para no cubrir los costos del tratamiento con radioterapia intraoperatoria: la falta de efectividad y seguridad del tratamiento, no contar con un quirófano en el Centro de radioterapia, no tener convenios de cobertura para el tipo de tratamiento (servicios incluidos en un nomenclador

donde se establece el valor que la financiadora paga a los proveedores del servicio).

*“Ellos [empresa de medicina prepaga] decían que no, que es una operación que no se sabe si va a dar resultado, que, además no se utiliza normalmente. Todas esas excusas para no pagar la operación” [E16].*

La falta de cobertura total o parcial de los costos del tratamiento con radioterapia intraoperatoria expuso a las pacientes a tener que sortear una barrera financiera que podía obligar a tener la disponibilidad de recursos económicos, ahorros, capacidad de endeudamiento o la posibilidad de recibir préstamos de familiares para afrontar el pago individual del tratamiento. En relación con la barrera financiera, todas las entrevistadas pudieron pagar el costo económico del tratamiento (parcial o total en un solo caso) y con ese propósito recurrieron a las estrategias mencionadas.

*“Cuando yo me hice, la obra social no tenía todavía a ese tipo de cirugía cubierta; decían que no sabían si era eficiente o no. A mí me cubrieron la parte que corresponde a radioterapia [externa], y, yo aboné la parte que faltaba para cubrir el tratamiento [de radioterapia intraoperatoria]” [E10].*

*“[Sobre el pago del tratamiento] fue con dinero en efectivo. Nosotros esa plata, la teníamos ahorrada, pudimos pagarlo. Si no sacábamos un crédito, algo hacíamos por mi salud” [E4].*

*“La prepaga lo único que me cubrieron fueron la internación, y creo que los honorarios de los médicos, pero yo tuve que pagar una parte. [El centro de radioterapia] aceptó un cheque a 30 días, que se lo dio mi hijo. Mis hijos me decían “mamá si hay que pagar se paga...” [E12].*

*“Yo tuve que pagar al anestesista los \$10, pero después la prepaga, a lo mejor, me devolvió 5. Después el médico te dice: “estos son mis honorarios” y vos le llevás a la prepaga o a la mutual y te devuelven lo que les parece” [E6].*

Las gestiones burocráticas y las demoras para resolver la cobertura del tratamiento obligaron a algunas entrevistadas de mayor edad a la colaboración de familiares para sortear las complejidades. Otras entrevistadas realizaron consultas y gestiones con abogados para agilizar los trámites y obtener una respuesta favorable. También hubo entrevistadas que mencionaron que prefirieron no exponerse a las gestiones burocráticas con las financiadoras, con las consecuentes demoras, y realizar el pago del costo económico del tratamiento. Por el contrario, solo una de las entrevistadas mencionó haber tenido con la EMP una gestión administrativa ágil, y resuelto rápidamente la cobertura parcial del tratamiento.

### Facilitadores que encuentran las pacientes en las trayectorias de atención con un tratamiento de radioterapia intraoperatoria

Las entrevistadas mencionaron diversos facilitadores durante las trayectorias.

A nivel individual, algunas entrevistadas mencionaron dos tipos de facilitadores. Por un lado, las actitudes de asumir el diagnóstico de cáncer de mama con tranquilidad porque sentían que así contribuían a la resolución del problema de salud. Por otro lado, otras entrevistadas mencionaron que haber tenido capacidad de ahorro monetario fue un facilitador que permitió el pago del costo económico del tratamiento.

*“Si la obra social al final no me reconocía nada, me la iba a hacer lo mismo porque tenía disponibilidad [de dinero] para atender a mi salud de la mejor manera posible” [E3].*

A nivel interpersonal, las entrevistadas coincidieron en que un facilitador durante la trayectoria de atención fue el acompañamiento y el apoyo recibidos de sus familiares (principalmente hijos y parejas). Otro facilitador mencionado con insistencia fue la relación médico-paciente que se entabló con el equipo de profesionales tratante, así como con todo el equipo administrativo de los centros de atención. En relación con esto, las entrevistadas valoraron positivamente tanto la forma de comunicación, y la dedicación para explicar el diagnóstico y el tratamiento por parte del equipo médico, el trato cordial y afectuoso en las consultas y prácticas médicas, y la comunicación con el equipo administrativo de los Centros de salud. Respecto de este último equipo, las entrevistadas resaltaron como un facilitador importante las instrucciones y la colaboración para la resolución de las barreras que surgen con las gestiones administrativas de la enfermedad (coberturas de las prácticas principalmente).

*“Yo creo que se necesita contención. No sé si todas, psicológicamente [se sienten bien]. Yo llegué con un poco de incertidumbre. Y cuando me habló el doctor, lo entendí perfectamente, me tranquilizó. Más con la contención de las chicas que atienden en la ecografía, en la mamografía, en mesa de entradas. Chicas amables” [E10].*

*“El acompañamiento médico fue importante. Y que te faciliten la organización de todo. [La secretaria] resolvió todo tan bien. Ella me decía: “tenés que venir tal día, tenés que hacer el análisis acá, allá, y tenés que ir a tal lado que te van a hacer...”. Fue muy facilitador porque yo no renegué para nada. Si ella renegó con los turnos, nunca me lo contó” [E4].*

A nivel institucional, entrevistadas con residencia alejada del centro de atención, destacaron como un facilitador de las trayectorias, la organización del proceso de atención en el Centro de mastología coordinando los turnos con el objetivo de reducir al mínimo el número de visitas de las pacientes. Con el mismo objetivo, las entrevistadas resaltaron contar con la posibilidad de atención remota para explicar los estudios de control médico.

*"Yo como soy de afuera me hago los estudios, y los dejo al doctor, y él después los mira cuando puede y me manda mensajes. A mí me evita hacer otro viaje. Todas esas cosas yo las valoro" [E2].*

*"Inclusive solicito turnos, como yo soy de lejos, me ubican los estudios en el día" [E10].*

### **Satisfacción de las pacientes con la implementación del tratamiento de radioterapia intraoperatoria**

Las entrevistadas reportaron mayoritariamente una alta satisfacción con la cirugía y el posterior tratamiento con radioterapia intraoperatoria, así como con toda la atención médica recibida. La satisfacción con el tratamiento se fundamentaba en no haber tenido efectos secundarios, molestias, o dolor. La satisfacción con la atención médica se fundamentó en el reconocimiento de profesionalismo del equipo médico, la atención integral brindada al indagar en las consultas médicas otros aspectos de la salud más allá de la cuestión de las mamas, la claridad de las explicaciones, la calidez del trato y la atención personalizada -tanto presencial como en las consultas a distancia-.

*"La verdad, para mí, fue una bendición. Dentro de lo feo que es que te digan que tenés cáncer, el poder haberme hecho eso [radioterapia intraoperatoria]" [E7].*

*"La operación fue maravillosa, no tuve ningún problema bajo ningún aspecto" [E1].*

*"A mí no me dolió nada. Yo salí de la cirugía, no tomé un calmante y hacía de cuenta que no estaba operada" [E5].*

Por el contrario, las entrevistadas que reportaron de forma minoritaria alguna insatisfacción con la cirugía y el posterior tratamiento con radioterapia intraoperatoria fueron aquellas que tuvieron complicaciones luego de las prácticas (por ejemplo, hematomas postquirúrgicos, acumulación de líquido en la mama), sumado a una falta de información respecto de la posibilidad de complicaciones postoperatorias.

*"Por eso digo, el hematoma no sé si corresponde a la postcirugía, si corresponde a la [radioterapia] intraoperatoria..." [E11].*

*“Fue una sorpresa. Cuando fui al control me mandaron atrás a hacerme la ecografía y empezaron a sacar el líquido y yo no entendía nada. No se me había explicado, ahí la operación se vino abajo. Era mucha la incertidumbre que me generó eso, a lo mejor, por la desinformación, entonces me asusté” [E8].*

### **Mensajes de las pacientes a otras mujeres, equipos de salud y obras sociales y empresas de medicina prepagas**

Las entrevistadas recomendaron a otras mujeres los centros de atención (mastología y radioterapia) destacando el profesionalismo y la responsabilidad de los profesionales, y la rapidez en tener un diagnóstico. Asimismo, recomendaron el tratamiento de radioterapia intraoperatoria destacando las ventajas en la rapidez de resolución del problema de salud, y la comodidad de la aplicación en una única dosis.

*“Hemos recomendado que se atiendan allí porque inmediatamente, le dan un diagnóstico muy certero y saben con la profesionalidad que trabajan, y qué hacer. Eso garantiza que, en una etapa de tanta vulnerabilidad por la salud, uno encuentre un refugio para saber que el tratamiento se hace con responsabilidad” [E8].*

*“Si tienen las posibilidades de hacer este tipo de operación, que se la hagan porque es lo más cómodo, lo más rápido, no sufrís nada. La verdad para mí fue genial, nunca pensé que iba a ser tan bueno” [E12].*

A los equipos de salud que aplican el tratamiento, el mensaje mayoritario de las pacientes fue de agradecimiento por la atención, y la contención y el apoyo emocional a lo largo de toda la trayectoria de atención. Paralelamente, también agradecieron la colaboración para la resolución de las gestiones administrativas que implica la atención médica. Sin embargo, algunas entrevistadas resaltaron que un aspecto a mejorar debería ser la organización de los turnos de atención para disminuir los tiempos de espera en los centros de atención.

*“Gracias, muchas gracias. ¡Y sigan así! La verdad que a mí me solucionaron mucho de no tener que andar con papeles y esas cosas. Cada vez que yo voy ahí, me siento contenida, bien atendida, acompañada” [E6].*

*“Sobre todo agradezco el apoyo, la sinceridad con que hablaban [de la enfermedad] y que había una solución, una salida. Uno llega asustado, y después cuando los médicos empiezan a hablarte y explican la cirugía, uno sale más confiado, más tranquilo. Eso fue importante. Y antes*

*de la cirugía vinieron a verme a la habitación y después también. Para mí fue importante el apoyo médico que hubo en todo” [E14].*

Por último, a las OS y EMP que intervienen en el financiamiento de un tratamiento de radioterapia intraoperatoria, las entrevistadas resaltaron asignar la importancia que tiene la cobertura de este tipo de tratamiento -total o parcialmente-. Y destacaron que las OS y EMP deberían evaluar los beneficios para las pacientes al ser un tratamiento concentrado en un día: reduce los costos económicos y el desgaste físico y emocional que implicaría realizar tratamientos prolongados en el tiempo como una radioterapia externa.

*“Le diría que tienen que ponerse las pilas para que este tratamiento esté cubierto totalmente porque es muy bueno para la paciente, es mucho mejor [que la radioterapia externa]” [E13].*

*“La radioterapia intraoperatoria, al socio de la obra social, le evita gastar cualquier cantidad de dinero” [E1, mujeres].*

*“Tienen que cubrir [la radioterapia intraoperatoria] porque es importante para la salud mental del paciente. No es invasivo y es fácil de hacer. En cambio, si te operás y tenés que estar haciéndote 20 días de rayos o ir todos los días, es algo que te trauma un poco” [E5].*

*“A las obras sociales que no busquen siempre un pero [para negar la cobertura de un servicio] porque no pagamos poco en las obras sociales. Que la salud es muy importante, y que se deberían dedicar más [a cuidarla]” [E18].*

## **DISCUSIÓN**

En el artículo se presentan los resultados de la primera investigación cualitativa a usuarias de un tratamiento con radioterapia intraoperatoria (RI) en la Argentina. Los resultados muestran que las entrevistadas mencionaron numerosas ventajas relativas y una alta satisfacción con el tratamiento. Adicionalmente, el estudio permitió conocer los inconvenientes en las gestiones de la enfermedad que enfrentan las pacientes y las barreras que habría que mitigar para mejorar el acceso al tratamiento de RI.

En la actualidad las pacientes con cáncer de mama en estadio temprano tienen dos opciones de tratamiento: el tratamiento convencional (cirugía conservadora de mama, esperar su cicatrización, y luego realizar un tratamiento de radioterapia externa durante tres o cuatro semana diariamente) o el tratamiento con RI, aunque esta segunda



opción implica superar algunos problemas. Frente a esta realidad, las pacientes entrevistadas optaron por un tratamiento con RI y mencionaron numerosas ventajas en aspectos médicos (tratamiento focalizado, concentrado en una dosis con menores efectos secundarios y desgaste corporal), y en aspectos prácticos y emocionales (realizar el tratamiento en un solo día, eliminar los traslados diarios y el desgaste físico asociado a dichos desplazamientos, evitar un desgaste emocional o secuelas por realizar un tratamiento prolongado). Algunos de estos resultados son inéditos debido a las pocas investigaciones cualitativas realizadas a pacientes. En cambio, otros resultados van en la línea de estudios previos que mostraron las ventajas prácticas de la RI al realizarse en un día, el beneficio de no tener que asistir a los centros de atención en múltiples ocasiones y la reducción de los desplazamientos para las pacientes.<sup>10,11</sup> Asimismo, la ventaja de la rapidez con la que se completa el tratamiento en la RI también fue un resultado de nuestra investigación que había sido mencionado en otras, como un posible impacto positivo en la salud mental de las pacientes, porque permite superar un diagnóstico de cáncer y recibir el tratamiento rápidamente en momentos descriptos por quienes los transitaron como sumamente sensibles y emotivos.<sup>10</sup> Respecto de las ventajas médicas de la RI halladas en nuestro estudio, otras pacientes las habían identificado, pero en ese caso, que el tratamiento fuera focalizado en el lecho tumoral fue interpretado con el beneficio de no exponer tejidos y órganos sanos a una innecesaria radiación<sup>10</sup>, aspecto que no fue mencionado por las entrevistadas de nuestro estudio.

Por otra parte, de acuerdo con nuestros resultados, la primera barrera personal que tienen que afrontar algunas pacientes es la barrera geográfica por tener una residencia alejada de los centros de mastología y radioterapia, y los consecuentes traslados para acceder a la atención médica. Precisamente, ampliar las opciones de tratamiento para este grupo de pacientes tiene una ventaja adicional respecto de la incidencia negativa que puede tener el tipo de tratamiento en el cuerpo y en las emociones de las mujeres. En relación con esto, varios estudios han mostrado que a medida que aumenta la distancia entre la residencia y el centro de radioterapia, también aumenta la tasa de mastectomía<sup>12,13</sup> y sus negativas consecuencias para las mujeres por las alteraciones físicas y psicológicas.<sup>14</sup> De hecho, de acuerdo con Vaidya y col.<sup>4,15,16</sup>, la principal razón por la que se concibió la técnica RI fue centrarse en los beneficios que podría reportar para las pacientes de este grupo,<sup>4,15,16</sup> así como tender hacia la realización de tratamientos personalizados y de corta duración (desescalamiento), inscriptos en una perspectiva de atención integral que incorpore aspectos vinculados al bienestar emo-



cional, y repercute positivamente en la calidad de vida de las pacientes cuando se transita una patología oncológica.<sup>17</sup>

Respecto a las barreras institucionales del sistema de salud, consistentes con las gestiones administrativas de la enfermedad (gestiones burocráticas para la cobertura del tratamiento por las OS y las EMP), los hallazgos de nuestro estudio corresponden a aquellos que enfrentaron las pacientes que se atendieron por CM temprano en el subsistema privado de salud de la provincia de Santa Fe, Argentina. Estudios previos habían relevado barreras similares en pacientes que realizaron tratamientos para el cáncer de mama en diferentes estadios de la enfermedad en el subsistema de salud público de la misma provincia.<sup>18</sup> Ambos resultados ponen de relieve la necesidad de evaluación de los procesos administrativos que permiten el acceso a los servicios de salud contra una enfermedad como el CM que registra una importante prevalencia en dicha provincia. Los datos más actuales muestran que en Santa Fe, el CM representa 15,6% del total de tumores registrados, con un promedio de 1.638 casos por año en el período 2013-2017.<sup>3</sup>

Otra barrera del sistema de salud que mencionaron las entrevistadas en nuestro estudio, y que debieron superar, fue la falta de cobertura total o parcial de los costos del tratamiento de RI por ser una práctica médica que no se encuentra incorporada dentro de los convenios entre prestadores y financiadores (nomenclador). En este sentido, incorporar la RI como un tratamiento con cobertura, no solo posibilitará el acceso al tratamiento de aquellas pacientes que no cuentan con los recursos económicos para pagarlo, sino que facilitará sustancialmente -de acuerdo con los resultados de nuestra investigación- las gestiones que realizan las pacientes por la enfermedad. Además, siguiendo nuestros resultados, las entrevistadas esperan que las entidades financiadoras incorporen en sus evaluaciones de cobertura las perspectivas de las pacientes y las ventajas reconocidas al tratamiento con RI en comparación con un tratamiento de radioterapia externa. Adicionalmente, tras más de dos décadas de aplicación de tratamientos de RI se cuenta con la evidencia suficiente para sustentar la efectividad del tratamiento,<sup>4,5</sup> y con esto responder a algunas entidades financiadoras que sostienen su falta de efectividad como argumento para negar su cobertura a las pacientes. En definitiva, favorecer el acceso a los tratamientos con RI también significará la ampliación de la política de salud pública contra el CM, y podría constituirse en una oportunidad para la articulación de los subsistemas de salud que proveen servicios de salud en la provincia de Santa Fe, con una mejora para las pacientes que tienen que tratarse por un CM en estadio temprano.

### Limitaciones de la investigación

Una limitación de la investigación es que los datos provistos por las usuarias corresponden a las ubicadas en torno a la Ciudad de Rosario, Santa Fe, y atendidas en dos centros de salud, lo que en parte limitará la transferibilidad de los resultados. De todas formas, los datos corresponden a una ciudad del interior de Argentina, de referencia para habitantes en localidades pequeñas en cuanto al acceso a servicios de salud especializados y de calidad. En ese sentido, los resultados podrían resultar aplicables a una gran población argentina que reside en situaciones similares. De todas formas, serán necesarias investigaciones futuras para evaluar la viabilidad del financiamiento de tratamientos de radioterapia intraoperatoria, la articulación de los subsistemas de salud para la provisión de este servicio, y las adecuaciones en los procedimientos administrativos para mejorar las condiciones de gestión y acceso a las pacientes que cumplan las condiciones para recibir esta nueva modalidad terapéutica.

### CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación respecto de la evaluación cualitativa de mujeres que en su trayectoria de atención por el cáncer de mama en estadio temprano recibieron un tratamiento de radioterapia intraoperatoria, muestran los beneficios que podrían obtener las pacientes con el acceso a un tratamiento de RI: rapidez en la resolución de un problema oncológico, evitar mudanza de la residencia y/o traslados diarios al centro de radioterapia, menores efectos secundarios y un mayor bienestar emocional debido a la focalización y corta duración del tratamiento, entre otras.

Desde la perspectiva de las pacientes entrevistadas, el desafío a futuro gira en torno a que las entidades financiadoras evalúen los numerosos beneficios identificados en la radioterapia intraoperatoria, particularmente, para las pacientes que residen alejadas de los centros de radioterapia.

## REFERENCIAS

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL et al. Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer J Clin.* 2021; 71(3):209–49. ◀
2. 2022. IARC-WHO-GLOBCAN Cancer Today. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=population&cancers=20>. Acceso: February 17, 2025. ◀
3. 2022. Estadísticas de morbi-mortalidad por cáncer de la provincia de Santa Fe. "RECASEFE" Registro de Cáncer de Santa Fe. Agencia de Control del Cáncer, Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/272772/1419982/file/Informe%20Morbimortalidad%20por%20C%C3%A1ncer%20Santa%20Fe.pdf>. Acceso; Febrero 17, 2025. ◀◀
4. Vaidya JS, Joseph DJ, Tobias JS, et al. Targeted intraoperative radiotherapy versus whole breast radiotherapy for breast cancer (TARGIT-A trial): an international, prospective, randomised, non-inferiority phase 3 trial. *Lancet* 2010; 376:91–102. ◀◀◀
5. Veronesi U, Orecchia R, Maisonneuve P et al. Intraoperative radiotherapy versus external radiotherapy for early breast cancer (ELIOT): a randomized controlled equivalence trial. *Lancet oncol.* 2013; 14:1269–77. ◀◀
6. Vaidya JS, Vaidya UJ, Baum M, Bulsara MK, Joseph D, Tobias JS. Global adoption of single shot targeted intraoperative radiotherapy (TARGIT-IORT) for breast cancer-better for patients, better for healthcare systems. *Front Oncol.* 2022; 1;12:786515. ◀
7. Benítez Gil L, Vildoza C, Tabares G, et al. Radioterapia Intraoperatoria, reporte preliminar de la primera cohorte de pacientes tratadas en la Unidad de Mastología-CE-MA. *Revista Sociedad Argentina de Mastología* 2021; 40: 62-29. ◀
8. 2024. INDEC. Censo de Población 2022. Disponible en [https://censo.gob.ar/index.php/datos\\_definitivos\\_santafe/](https://censo.gob.ar/index.php/datos_definitivos_santafe/). Acceso Abril 16, 2024. ◀
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2), 77-101. ◀
10. Bagga SK, Swiderska N, Hooker C et al. Qualitative exploration of patients' experiences with Intrabeam TARGETed Intraoperative radiotherapy (TARGIT-IORT) and External-Beam Radiotherapy Treatment (EBRT) for breast cancer. *BMJ Open* 2024; 14(8): e081222. ◀
11. Bargallo-Rocha JE, Soto-Perez-de-Celis E, Picó-Guzmán FJ, et al. The impact of the use of intraoperative radiotherapy on costs, travel time and distance for women with breast cancer in the Mexico City Metropolitan Area. *J Surg Oncol.* 2017; 116:683–9. ◀
12. Gu J, Groot G, Boden C, Busch A, Holtslander L, Lim H. Review of Factors Influencing Women's Choice of Mastectomy Versus Breast Conserving Therapy in Early-Stage Breast Cancer: A Systematic Review. *Clin Breast Cancer* 2018; (4):e539-e554. ◀
13. Lin Y, Wimberly MC, Da Rosa P, Hoover J, Athas WF. Geographic access to radiation therapy facilities and disparities of early-stage breast cancer treatment. *Geospat Health* 2018; 13(1):622. ◀
14. Silva MPB, Gomes JDP, Silva JFT, Figueiredo MDLF. Impactos psicológicos da mastectomia em idosas com câncer de mama [Psychological impacts of mastectomy in elderly people with breast cancer]. *Cien Saude Colet.* 2025; (3):e17402023. ◀
15. Vaidya JS, Baum M, Tobias JS, et al. The novel technique of delivering targeted intraoperative radiotherapy (TARGIT) for early breast cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2002; 28:447–54. ◀
16. Vaidya JS, Baum M, Tobias JS et al. Targeted intra-operative radiotherapy (TARGIT): an innovative method of treatment for early breast cancer. *Ann Oncol.* 2001; (8):1075-80. ◀
17. Veronesi U, Orecchia R, Maisonneuve P et al. Intraoperative radiotherapy versus external radiotherapy for early breast cancer (ELIOT): a randomized controlled equivalence trial. *Lancet oncol.* 2013; 14:1269–77. ◀
18. Ramos S, Straw C, Viniegra M et al. Barreras y facilitadores en las trayectorias de mujeres con cáncer de mama usuarias de hospitales públicos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2018; 9(36):14-21. ◀