



M⁺CN
Monograph Series

CAN-track:

**Breast, Cervical and Colon Cancer in Mobile
Underserved Populations**

**Cáncer de Seno, Cervical, y de Colon en Poblaciones
Móviles con Servicios de Salud Limitados**



Acknowledgments

This monograph is dedicated to the clinicians committed to closing the gap in health services for mobile populations and improving continuity of care. This publication has been funded through a cooperative agreement between the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) and the Health Resources and Services Administration (HRSA). Special thanks go to the CDC Division of Cancer Prevention and Control for acknowledging the need for a special program to help mobile populations navigate the health care system, have immediate access to their medical records, and receive culturally appropriate health education. Sincere thanks are extended to Mendocino Community Health Clinic, Inc. (California), Healthcare Delivery, Inc. (Michigan) and Clinica Adelante (Arizona) for serving as pilot sites for the development of CAN-track materials. Thanks also to the Rural Women's Health Project for their work and support in the material design. The CAN-track Advisory Committee has been instrumental in providing guidance to this new initiative; CAN-track's work has been enhanced by their constant support.

Agradecimientos

Esta monografía esta dedicada al personal de salud que se esfuerza por mejorar los servicios de salud y la continuidad del servicio médico para poblaciones móviles. Esta publicación ha sido financiada mediante un convenio cooperativo entre los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y la oficina de Recursos de Salud y Administración de Servicios (HRSA), Departamento de Salud y Recursos Humanos de los Estados Unidos. Agradecimientos especiales a la División de Prevención y Control de Cáncer del CDC por reconocer la necesidad de un programa especial para ayudar a las poblaciones móviles a navegar en del sistema salud, a tener acceso inmediato a sus expedientes médicos, y recibir educación culturalmente apropiada para el cuidado de su salud. Queremos mostrar nuestro sincero agradecimiento a las clínicas Mendocino Community Health Clinic, Inc. (California), "Healthcare Delivery, Inc." (Michigan) y a la Clínica Adelante (Arizona) por servir como centros piloto para el desarrollo de los materiales de CAN-track. También agradecemos al Proyecto de Salud Rural de Mujeres por su trabajo y apoyo en el diseño del material. El Comité Asesor de CAN-track ha sido determinante para orientar esta nueva iniciativa. El trabajo de CAN-track se ha perfeccionado a través de su constante apoyo.



Table of Contents

Introduction	2	2	Introducción
Mobile Populations	3	4	Poblaciones Móviles
Following Mobile Populations	7	6	Seguimiento de Poblaciones Móviles
Cancer Disparities	11	10	Las Disparidades en el Cáncer
Risk of Cancer in Migrant Workers	13	12	Riesgo de Cáncer en los Trabajadores Migrantes
Cancer Statistics	15	14	Estadísticas de Cáncer
Screening Tests	19	18	Exámenes de Detección Temprana
The Unique Challenges of Mobile Populations	19	18	Desafíos que Enfrentan las Poblaciones Móviles
Integrating Cancer Care through the Collaboratives	25	24	Integrando el Cuidado del Cáncer a través de las Colaboraciones
Cancer Treatment Gaps	29	28	El Cáncer y las Discrepancias de su Tratamiento
The Future of Cancer Screening and MCN Recommendations	31	30	El Futuro de los Exámenes Exploratorios de Cáncer y Recomendaciones de MCN

Production Notes

Text and Production:

Andrea Kauffold, MD, MPH

Content Editors:

Edward Zuroweste, MD; Carmel Drewes and Deliana Garcia

Design and Typography:

Anne Harpe

Photography:

Alan Pogue

Translation:

Aida Loza

Text Editing English:

Jess Miner

Text Editing Spanish:

Alfonso Abad, Lucia Osa y Michael Hoffman

Suggested Citation:

Kauffold, A., Zuroweste, E., Garcia, D., Drewes, CT. *Breast, Cervical and Colon Cancer in Mobile Underserved Populations*. Austin, Texas. 2004. Migrant Clinicians Monograph Series.

Introduction

In 1971, President Richard Nixon declared war against cancer. His goal was to win this war within a few years. Efforts on the part of the Nixon administration stimulated research and improved detection and treatment of cancer over the years. However, cancer turned out to be a complex disease with multiple etiologies and risk factors.

Since that time, the United States has made remarkable advances in the understanding of cancer and developed extraordinary technology for detection and treatment. The understanding of cancer at the molecular level will undoubtedly result in further advances. In spite of how the technological and scientific advancements have improved the lives of many suffering from cancer, some populations in this country have a hard time accessing even basic services. The burden of disease in these underserved populations is not only a challenge for research, but a moral and ethical dilemma for our society. The reduction of health disparities between groups must occur at all levels — from cancer research to public education, early detection and care. Policy changes related to health care access and coverage also play a part in reducing disparities. Any barriers that prevent the benefits of research and technology from reaching all people must be identified and, if possible, removed. Understanding the magnitude of health disparities and why they happen is essential to this end.

In response to these challenges, the Migrant Clinicians Network, Inc. (MCN) is committed to developing projects to improve health care access and continuity of care for all mobile populations. MCN's mission is to positively impact the physical, mental and environmental health of migrants and other mobile underserved populations. MCN strives to fulfill its mission by doing work in different areas of the health care delivery system such as research, education, environmental and occupational health, and access to care. MCN's work addresses the relationships between biological and environmental risk factors, social and cultural components, and political and economical realities. Through leadership, innovation, and collaboration, MCN is dedicated to addressing the unique health care needs and barriers faced by migrant workers.

Introducción

En 1971 el Presidente Richard Nixon declaró la guerra contra el cáncer. Su meta era ganar esta guerra en unos cuantos años. Sin embargo, el cáncer resultó ser una enfermedad compleja, con múltiples etiologías y factores de riesgo. Los esfuerzos por parte de la administración de Nixon estimularon la investigación y mejoraron la detección y el tratamiento del cáncer a través de los años.

Desde esa época, los Estados Unidos hizo avances notables para el entendimiento de la enfermedad del cáncer, y se desarrollaron tecnologías extraordinarias para su diagnóstico y tratamiento. Un mayor conocimiento del cáncer a nivel molecular indudablemente proporcionará aún mayores avances. A pesar de la forma en que los avances tecnológicos y científicos han mejorado la vida de muchos pacientes de cáncer, algunas poblaciones en este país aún se enfrentan a problemas de acceso a servicios básicos de salud. El exceso de esta enfermedad en estas poblaciones con servicios limitados no sólo es un reto para la investigación, sino un dilema moral y ético para nuestra sociedad. La reducción de las desigualdades de servicios de salud entre grupos debe darse a todos los niveles, desde la investigación hasta la educación pública, la detección temprana y la atención médica del cáncer. Los cambios en la política relacionados con el acceso a servicios de salud también juegan un papel importante en la reducción de las desigualdades. Se debe identificar, y si es posible eliminar, cualquier barrera que impida que los beneficios de la investigación y la tecnología lleguen a toda la población. Con este fin, es esencial comprender la magnitud de las desigualdades en materia de salud y entender por qué ocurren.

Como respuesta a estos desafíos, la organización Migrant Clinicians Network, Inc. (MCN) está comprometida a mejorar el acceso a servicios de salud y a su continuidad, para todas las poblaciones móviles mediante el desarrollo de proyectos útiles. La misión de MCN es impactar positivamente la salud física, mental, y ambiental de los trabajadores migrantes y de otras poblaciones móviles con atención médica deficiente. MCN se esfuerza por cumplir con su misión trabajando en diferentes áreas del sistema de salud, tales como la investigación, educación, salud ambiental y ocupacional, y el acceso a servicios de salud. El trabajo de MCN investiga las relaciones entre factores de riesgo biológico y ambiental; componentes sociales y culturales; y realidades políticas y económicas. Mediante el liderazgo, la innovación y la cooperación, MCN se dedica a satisfacer las necesidades específicas de los servicios de salud y las barreras que enfrentan los trabajadores migrantes.

Mobile Populations

It is estimated that there are 4.2 million migrant and seasonal farmworkers in the United States who move from one location to another in search of work. Even higher are the numbers for people who move for reasons other than agricultural work. Migrant workers have an average income of \$7,500 and perform physically demanding work, such as construction, landscaping, and agriculture. They also work in meat processing plants, factories, the hotel industry, fisheries, greenhouses and lumber yards. Although of diverse ethnicity, it is estimated that 80% of migrants are of Hispanic descent and speak Spanish as their primary language.

Migrant workers struggle with problems of health care access similar to those of many other underserved populations, with the additional burden of having to search for new care options as they move. Their constant mobility results in poor continuity of care. They are often unable to complete medical treatments, keep track of their medical records, and obtain routine and preventive care. In addition, their work and housing environment is often unsanitary and dangerous, increasing their risk of common infectious diseases and chemical hazards. Other barriers include unfamiliarity with the United States health care system, language and cultural differences, lack of transportation, low income, no sick leave, and limited knowledge of their rights.

While the Public Health Service (PHS) confines the definition of migrants to laborers involved in agriculture, it is clear that most migrants participate in multiple industries. Generally, agriculture is the lowest step on the economic ladder, used for entry into the labor force or as the job of last resort. Historically the movement of migrant workers has been in “streams.” Migrant workers tended to follow three main routes: East Coast, Midwest, and Western streams. Migration occurred from south to north following the seasonal crops. These old migrating patterns have been altered by the shifts to mechanization and increased agribusiness, as well as the loss of small family farms and changes in immigration policies. These changes have also affected migrants’ access to health care services. New migration patterns vary according to age, length of time in migrant labor, familiarity with the area, ability to navigate service networks and connection to a group or community.

New patterns of migration can be classified as Restricted Circuit, Point-to-Point and Nomadic. Restricted Circuit migrants move within a relatively small geographic area. For example, some migrants in El Paso, Texas cross into New Mexico to harvest chilies, onions and corn on the various farms in the region and return to El Paso within three to six months. Point-to-Point migrants travel between a home-base and a seasonal worksite. These migrants leave Austin, Texas in a group to work construction in South Carolina and then return to Austin when that work is complete. Nomadic migrants do not have a set pattern – they travel to wherever work can be found. They tend to be recent immigrants who have crossed the United States/Mexico border and then scattered in search of work. Most do not return to their home



Poblaciones Móviles

Se estima que en los Estados Unidos hay 4.2 millones de trabajadores agrícolas temporales y migrantes, que se mueven de un lugar a otro en busca de trabajo. El número es aún mayor si se toma en cuenta a las personas que se mueven por otras razones que no sean las de trabajo agrícola. Los trabajadores migrantes tienen un ingreso promedio de \$7,500 y realizan trabajo físico, como la construcción, jardinería y agricultura. También trabajan en plantas procesadoras de carne, fábricas, industria hotelera y pesquera, invernaderos, y aserraderos. Aunque los trabajadores migrantes son de diferente origen étnico, se calcula que un 80% son de origen hispano cuya lengua materna es el español.

Los trabajadores migrantes se enfrentan a problemas de acceso a servicios de salud al igual que otras poblaciones con atención médica deficiente, con el agravante adicional de tener que buscar nuevas opciones de tratamiento cuando se mudan. Su atención médica es deficiente debido a su

► *Los trabajadores migrantes se enfrentan a problemas de acceso a servicios de salud al igual que otras poblaciones con atención médica deficiente, con el agravante adicional de tener que buscar nuevas opciones de tratamiento cuando se mudan.*

movilidad constante. Con frecuencia no pueden cumplir los tratamientos médicos, no pueden localizar sus expedientes médicos, u obtener atención médica rutinaria y preventiva. Además, el ambiente donde trabajan y viven es en muchas ocasiones antihigiénico y peligroso, aumentando así el riesgo de enfermedades infecciosas comunes y de contaminación con químicos. Otras barreras incluyen el no saber como funciona el sistema de atención médica en los Estados Unidos, el idioma y diferencias culturales, la falta de transporte, los salarios bajos, la falta de días libres por enfermedad, y el conocimiento limitado de sus derechos.

A pesar que el Servicio de Salud Pública (PHS) tan sólo considera trabajadores migrantes a los trabajadores del sector agrícola, es evidente que la mayoría de los migrantes trabajan en otras industrias. Generalmente, la agricultura es el peldaño más bajo en la escala económica, utilizada como último recurso laboral. Históricamente, el movimiento de trabajadores migrantes ha sido en “corrientes”. La tendencia de los trabajadores migrantes era seguir tres rutas principales: la costa este, el medio oeste, y la corriente occidental. Los trabajadores migrantes se movían de sur a norte, siguiendo las cosechas de temporada. Estos antiguos patrones migratorios han cambiado debido a la mecanización y al crecimiento de las agroindustrias, así como a la desaparición de las granjas familiares pequeñas y a los cambios en política de inmigración. Estos cambios también han afectado al acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de salud. Los nuevos patrones migratorios varían de acuerdo con la edad, tiempo de trabajo, familiaridad con el área, capacidad para entender y beneficiarse de los servicios de salud, y las conexiones con un grupo o comunidad.

Los nuevos patrones de migración se pueden clasificar en tres categorías: de Circuito Restringido, de Punto-a-Punto, y Nómada. Los trabajadores migrantes de Circuito Restringido, se mueven dentro de un área geográfica relativamente pequeña. Por ejemplo, algunos, en El Paso, Texas, cruzan a Nuevo México para cosechar allí cebollas y maíz en diferentes granjas del área y regresan a El Paso en el curso de tres a seis meses. Los migrantes Punto-a-Punto viajan de su hogar a un sitio de trabajo determinado. Por ejemplo, estos migrantes parten en grupo de Austin para trabajar en la construcción en Carolina del Norte y luego regresan a Austin cuando terminan el trabajo. Los nómadas no tienen un patrón establecido – viajan allí donde haya trabajo. Tienden a ser inmigrantes recientes que han cruzado recientemente la frontera entre los Estados Unidos y México, y luego se dispersan en busca de trabajo. La mayoría no regresa a su país por lo menos en dos años. La Figura 1, Patrones Migratorios, página 5, muestra estas variaciones en movimiento.

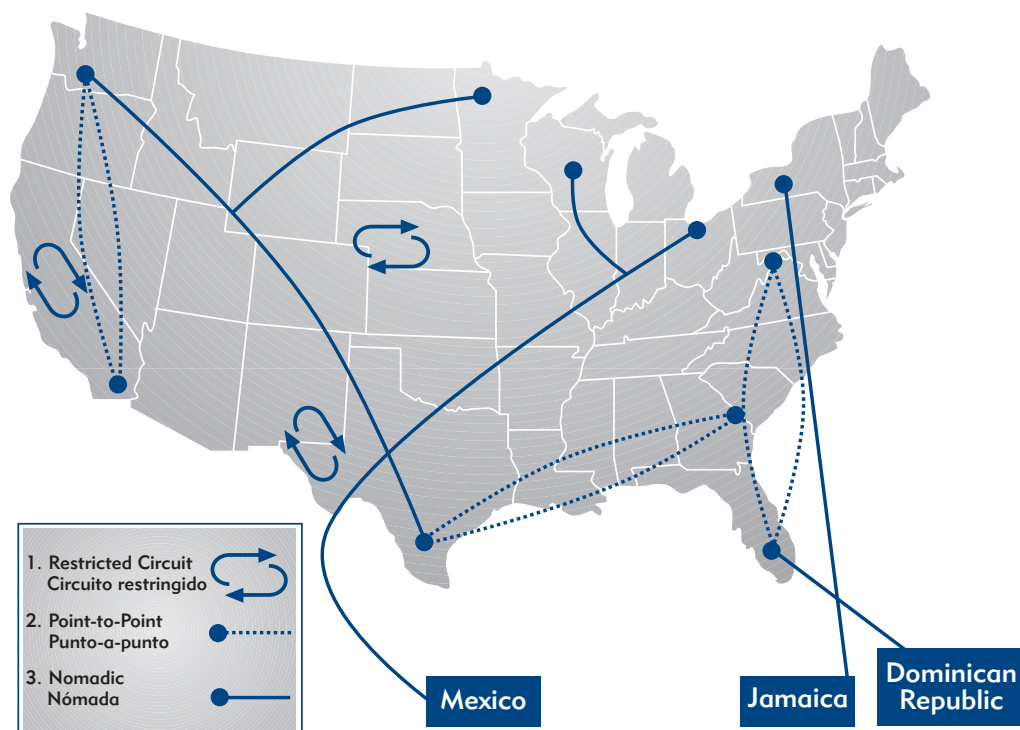
Los trabajadores más experimentados que han viajado por varios años generalmente se encuentran en las categorías de Circuito Restringido o Punto-a-Punto. Estos dos tipos de patrones de migración permiten a los trabajadores estar más cerca de sus familias y educar a sus hijos de una manera más estable. Los trabajadores jóvenes y menos experimentados, que están lejos de su hogar por primera vez y no cuentan con recursos, tienden a incluirse en la categoría Nómada. Esta categoría de trabajadores migrantes generalmente es la más difícil de servir y sufre mayores desigualdades de atención.

countries for at least two years. Figure 1, Migration Patterns, below, demonstrates these variations in movement.

Older, more experienced workers who have traveled for several years generally fall into the Restricted Circuit or Point-to-Point categories. These two types of migration patterns allow workers to be closer to their families and raise their children in a more stable way. Younger, less experienced workers who are away from home for the first time and poorly capitalized tend to fall into the Nomadic category. This category of migrants is often the most difficult to serve and suffers from the greatest health disparities.

Figure 1:

Migratory Patterns Patrones Migratorios



▶ *Migrant workers struggle with problems of health care access similar to those of many other underserved populations, with the additional burden of having to search for new care options as they move.*

Seguimiento de Poblaciones Móviles

El personal de salud que trabaja con poblaciones móviles se enfrenta a desafíos singulares en la administración de atención médica. Algunas de las dificultades son la elevada tasa de inasistencia a las citas médicas, falta de seguimiento de los pacientes, y la disponibilidad limitada de expedientes médicos completos. Otras nacen de la falta de seguro de salud del paciente, la incapacidad para comprar medicamentos y las diferencias culturales y lingüísticas. Los Centros de Salud Comunitaria se esfuerzan en ofrecer un horario flexible y servicios nocturnos que se acomoden a los horarios de trabajo de sus pacientes. Muchos ofrecen servicios externos y clínicas móviles. Muchas veces, sin embargo, a las clínicas les es imposible hacer un seguimiento adecuado de los pacientes, y con frecuencia pierden rastro de los pacientes en cuanto se mudan a otros sitios —especialmente si no hay un Centro de Salud Comunitaria en esa área.

Durante los últimos ocho años MCN ha creado un sistema que permite a los centros de salud hacer el seguimiento adecuado de los pacientes, y a los pacientes mantener una continuidad de tratamiento. La primera iniciativa de MCN en esta área comenzó cuando los médicos que trabajan con pacientes móviles se dieron cuenta que no podían mantener registros exactos del número de pacientes que terminaban el tratamiento de tuberculosis. Los médicos también eran reticentes a realizar exámenes exploratorios a pacientes con posible tuberculosis, o comenzar un tratamiento de tuberculosis cuando no estaban seguros del tiempo que el paciente permanecería en el área. Para enfrentar este reto MCN creó el proyecto de tuberculosis TBNet.

Desde 1996, TBNet ha trabajado con más de 1.800 pacientes, proporcionando seguimiento hasta la conclusión del tratamiento, hasta cerrar el caso, o hasta que pierden la pista del paciente. TBNet ha trabajado con pacientes que se mudan dentro de los Estados Unidos y con aquellos que se mudan fuera del país —desde la frontera entre Texas y México a través del mundo hasta la China. TBNet ha demostrado que el tratamiento completo de tuberculosis en pacientes migrantes puede tener éxito.

Siguiendo esta iniciativa, MCN creó un nuevo proyecto, Diabetes Track II, para transferir los expedientes médicos y proporcionar servicios de coordinación a individuos que se mudan y que tienen diabetes. Track II permite al personal de salud cumplir con los estándares mínimos de asistencia en vista del constante crecimiento de la tasa de diabetes tipo 2 en los Estados Unidos. Track II facilita al personal de salud que participa en el programa acceso al historial médico completo de sus pacientes. De esta manera, pueden saber si sus pacientes han recibido exámenes anuales (tales como un examen dilatado de ojos) en algún otro lugar. Track II también enseña a los pacientes (por teléfono o correo) la prevención de la diabetes y sus complicaciones. Desde el año 2000, Track II ha trabajado con más de 400 participantes. Dada la naturaleza crónica de la diabetes, el tratamiento no concluye. Track II trabaja con los participantes el tiempo que sea necesario. Para seguir gozando de los servicios de Track II, muchos participantes se vuelven a inscribir cuando sus formularios de consentimiento están por expirar.

En 2004, mediante un convenio cooperativo entre HRSA y el CDC, MCN inició un nuevo proyecto de transferencia de expedientes médicos y coordinación de asistencia: CAN-track. CAN-track trabaja con pacientes que se hicieron exámenes de cáncer de seno, cervical o de colon, o que lo necesitan. Este proyecto se inició a causa de los desafíos que enfrentan los médicos cuando tratan de informar a los pacientes que se mudan fuera del área de los resultados del examen. Mediante CAN-track, los médicos pueden tener seguridad que sus pacientes serán re-examinados o que recibirán más exámenes de diagnóstico si los resultados son anormales. Además, los pacientes pueden tener acceso a sus expedientes médicos y saber cuándo necesitan un nuevo examen exploratorio.

La meta de CAN-track es aumentar el número de exámenes de exploración selectiva y reducir la tasa de mortalidad por cáncer de seno, cervical y de colon entre los trabajadores migrantes a través de la disminución del número de pacientes sin seguimiento médico. CAN-track proporciona un sistema de transferencia de expedientes médicos (vía fax) y servicios de coordinación y asistencia (mediante llamada de teléfono gratuita) a las clínicas participantes y proveedores de servicios del programa Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (BCCEDP). CAN-track transfiere los expedientes médicos a través de los Estados Unidos, México y América Central, integrando los servicios proporcionados en estos países a los del sistema de asistencia de salud de los Estados

Following Mobile Populations

Clinicians serving mobile populations face unique challenges for administering care. Some of the difficulties include high no-show rates, patients lost to follow-up, and limited availability of complete medical histories. Other challenges stem from the patients' lack of health insurance, inability to purchase medications, and cultural and language differences. Migrant and Community Health Centers work hard to offer flexible scheduling and evening services in order to accommodate the demanding work schedule of their patients. Many also offer outreach services and mobile clinics. Nevertheless, clinics are sometimes unable to provide patients with appropriate follow-up, and often lose track of them as soon as they move to a new location – especially if there is no Community Health Center in that area.

For the last eight years, MCN has been creating a system that both allows clinicians to follow-up with patients and helps patients maintain continuous care. MCN's first initiative in this area started when providers serving mobile patients noticed they were unable to keep accurate records of completion rates for tuberculosis treatment. Providers were also reluctant to test for possible tuberculosis infection, or start a patient on treatment, when they were not sure how long that patient would be in the area. To meet this challenge MCN created *TBNet*.

Since 1996, *TBNet* has worked with over 1,800 participants, following them until their treatment was completed, their case was closed, or they were lost to follow-up. *TBNet* has worked with patients who have stayed within the United States and those who have moved abroad - from the Texas/Mexico border all the way around the world to China. *TBNet* has proven that providing complete tuberculosis treatment to migrant patients can be successful.

Following this initiative, MCN created a new project, Diabetes Track II, to transfer medical records and provide care coordination services to mobile individuals with diabetes. Track II allows clinicians to meet minimum standards of care in the face of steadily rising rates of type 2 diabetes in the United States. Track II gives participating providers access to their patients' complete medical histories. These providers can now know if their patients have received annual tests (such as a dilated eye exam) at another site. Track II also provides patient education (by phone and mail) on prevention of diabetes and its complications. Since 2000, Track II has worked with over 400 participants. Given the chronic nature of diabetes, there can be no completion of treatment, so Track II works with participants for as long as they need its services. As an endorsement of Track II's services, many participants re-enroll themselves when their consent forms are about to expire.

Through a cooperative agreement between HRSA and the CDC, MCN initiated a new medical records transfer and care coordination project in 2004: CAN-track. CAN-track works with patients who have been screened or need screening for breast, cervical or colon cancer. The project was created in response to the challenges clinicians face when trying to report screening results to patients who have moved away from the area. Because of CAN-track, clinicians can make sure that their patients get re-screened or receive further diagnostic tests if the screening results are abnormal. Further, patients can access their cancer screening history and know when they need to be re-screened.

The goal of CAN-track is to increase screening rates and reduce mortality rates from breast, cervical and colon cancers among migrant workers by decreasing the number of patients lost to follow-up. CAN-track provides a records transfer system (via fax) and care coordination services (via a toll-free telephone number) to participating clinics and service providers from the CDC Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (BCCEDP). CAN-track transfers medical records throughout the United States, Mexico and Central America, integrating the services provided in those countries with the United States health care system and allowing clinicians to develop long-term care plans for their patients.

Another important component of CAN-track is a comprehensive database containing contact and service information for over 150 different agencies that provide cancer screening and treatment services — as well as financial assistance and social services — in Mexico, Honduras, Guatemala, El Salvador and the United States. This database is on the MCN website (www.migrantclinician.org) and serves as a tool for health care providers to assist their patients in finding appropriate referral

Unidos, y permitiendo que los médicos desarrollen planes de tratamiento a largo plazo para sus pacientes.

Otro componente importante de CAN-track es una base de datos global que contiene información de contactos y servicios de más de 150 agencias diferentes que proporcionan exámenes de detección y tratamiento de cáncer – así como ayuda económica y servicios sociales en México, Honduras, Guatemala, El Salvador y los Estados Unidos. Esta base de datos está disponible en la página Web de MCN (www.migrantclinician.org) y sirve como instrumento para que los proveedores de salud ayuden a sus pacientes a encontrar las opciones de tratamiento adecuadas. También permite al personal de las clínicas encontrar recursos nacionales para el tratamiento del cáncer y aumenta las oportunidades de expandir sus recursos. La base de datos es un instrumento más que MCN utiliza para ayudar a los pacientes a navegar en el sistema de salud y a encontrar servicios de salud rápidamente.

MCN ha reunido los tres proyectos de transferencia de expedientes médicos y coordinación de asistencia, TBNNet, Track II y CAN-track, bajo un solo nombre: La Red de Salud de MCN (MCN Health Network). Esta agrupación permite que los centros de salud participen en los tres proyectos utilizando un solo formulario y realizando una sola capacitación. La Red de Salud de MCN ha producido un Disco Compacto (CD) de capacitación interactivo que cubre los tres proyectos y permite que el personal de la clínica tenga acceso inmediato a los formularios de consentimiento, convenios HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) y otros materiales necesarios para su participación efectiva en La Red de Salud de MCN. El CD también permite que las clínicas capaciten a varios miembros del personal al mismo tiempo y funciona como recurso de orientación para nuevos empleados. El CD es gratuito y el personal MCN ofrece asistencia técnica para la implementación efectiva del proyecto a las clínicas que deseen participar.

La Red de Salud de MCN proporciona a los participantes una tarjeta de identificación única para los tres proyectos. La tarjeta, que parece una tarjeta de crédito, tiene un número único de identificación y una casilla para la firma, donde se registra el nombre del participante. El número único de

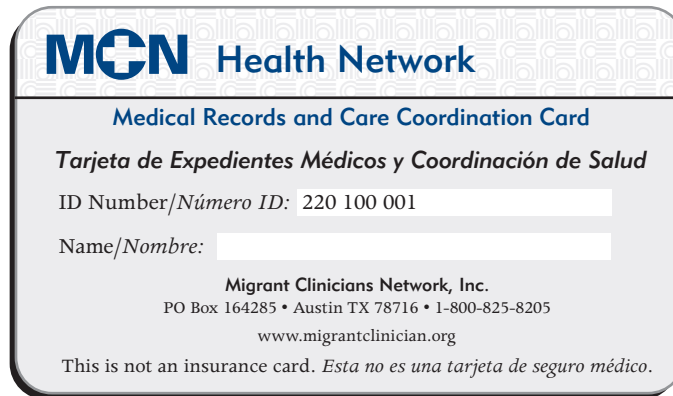
identificación permite al personal de MCN saber en qué clínica se originó la tarjeta y a quién pertenece. La casilla de la firma ayuda al personal de la clínica utilizar un nombre consistente para el participante: muchas personas hispanas/latinas tienen varios nombres y por lo menos dos apellidos, creando confusión al personal de las clínicas. Para utilizar la tarjeta, el participante debe escoger un número clave, que permite a los centros de salud un acceso inmediato al expediente médico del paciente. Esta tecnología tiene el potencial de facilitar la transmisión automática del expediente en el futuro. (Figura 2a, Tarjeta de Identificación, página 9.)

MCN ha diseñado un folleto con los mensajes apropiados e información para ayudar a los participantes a entender cómo La Red de Salud de MCN puede ayudarlos. El folleto resalta la importancia de mostrar la tarjeta en todas las clínicas que se visite y los beneficios que esto proporciona. También contiene un aviso que ayuda al participante a escoger un número clave y comprender la importancia de cuidar este número. Tanto el folleto como el aviso insertado fueron elaborados con la colaboración de los trabajadores migrantes y sometidos a pruebas piloto. Son gratuitos y pueden ser solicitados a MCN en cualquier momento. (Figura 2b, Folleto, página 11.)



Figure 2a:

Health Network Card



options. It also allows clinic staff to find national resources for the treatment of cancer and increases the networking opportunities available to rural health centers. The database is one more tool used by MCN to help patients navigate the health care system and access services promptly.

MCN has organized all three medical records transfer and care coordination projects, *TBNet*, Track II and CAN-track, under one umbrella called the **MCN Health Network**. This grouping allows clinics to participate in all three projects by using one set of forms and completing a single training. **MCN Health Network** has developed an interactive training CD that covers all three projects and allows clinics to download patient consent forms, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) agreements, and other material necessary for participation. The CD also allows clinics to train several staff members at the same time and functions as a resource during new provider orientations. There is no cost for the training CD and MCN staff offer technical assistance to the clinics for effective implementation of the Network.

The **MCN Health Network** provides participants with a single identification card for all three projects. The card, which is similar in size and appearance to a credit card, has a unique identification number and a signature panel on which the participant's name is written. The unique identification number allows MCN staff to know the clinic at which the card originated and to whom it belongs. The signature panel helps clinic staff use a consistent name for the participant; many Hispanic/Latino individuals have several first names and at least two last names, creating confusion for clinic staff. To use the card, the participant must choose a PIN number, which allows providers prompt access to the patient's medical records. This technology has the potential to facilitate automated transmission of records in the future. (Figure 2a, Health Network card, above.)

MCN has designed a tri-fold pamphlet with appropriate messages and information to help participants understand how the **MCN Health Network** can assist them. The tri-fold stresses the importance of showing the card at all clinic encounters and the benefits of doing so. It also has an insert that helps the participant choose a PIN number and understand the importance of safeguarding this number. Both the tri-fold and insert have been developed and pilot tested with input from migrant workers. They are free of charge and can be requested from MCN at any time. (Figure 2b, Health Network brochure, page 11.)

Las Disparidades en el Cáncer

Durante los últimos diez años ha habido mayor conciencia acerca de las desigualdades del cáncer. Dos informes importantes del Instituto de Medicina (IOM) han estimulado la creación y el fortalecimiento de programas federales para reducir las desigualdades¹. La eliminación de desigualdades se define como una reducción en la incidencia y mortalidad por cáncer, y un aumento de supervivencia del cáncer entre la gente en desventaja socio-económica, a niveles comparables con la población general. Las Personas Saludables 2010 (Healthy People 2010) es una agenda para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades a nivel nacional, que está diseñada como mapa guía para el mejoramiento de la salud de toda la gente en los Estados Unidos durante los próximos diez años. Su primera meta es aumentar la calidad y el número de años de vida saludable y la segunda meta es la eliminación de las desigualdades raciales y étnicas en salud. Esta agenda se desarrolló con las ideas y experiencias de diversas personas y con la participación de más de 600 organizaciones que se preocupan por la salud de la nación. Las organizaciones de salud federales, estatales y privadas juegan un papel importante en la ejecución de la meta de eliminar la carga desigual de cáncer entre las minorías raciales y étnicas y entre las poblaciones que reciben menos atención médica.

El IOM determina que las minorías raciales y étnicas tienden a recibir atención médica inferior en comparación al resto de la población, incluso cuando se controlan los factores relacionados con el acceso a servicios de salud, tales como el seguro de salud y los ingresos del paciente.¹ Los factores que afectan a las desigualdades de la atención médica son numerosos y complejos. Esta complejidad, y el hecho que las desigualdades no siempre son aparentes a los pacientes y médicos, nos muestran que la extensión y circunstancias en las cuales las disparidades ocurren no son completamente comprensibles. La información necesaria para investigar y comprender este proceso en general no está disponible, y menos aún con relación a los trabajadores migrantes. Una mayor recolección de datos y análisis de los patrones de asistencia puede ayudar a nuestro sistema de salud a monitorear su desempeño y a mejorar los indicadores de salud. Algunas de las recomendaciones del IOM, en relación al tipo de datos que deben recolectarse, incluyen raza, grupo étnico, estatus socioeconómico y lengua materna.

Uno de los objetivos más importantes de la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) para 2015 incluye la eliminación de las desigualdades. Los informes de ACS de 1980 muestran una desigualdad excesiva en cuanto al cáncer por grupos raciales y étnicos, siendo la pobreza, la educación inadecuada y la falta de seguro de salud factores más importantes que los biológicos.² El informe IOM sobre desigualdades raciales y étnicas presenta un modelo en el que las desigualdades en salud se deben a la relación entre factores económicos, sociales y culturales. Por ejemplo, las diferencias socioeconómicas juegan un papel importante en los factores de riesgo de cáncer, tales como uso de tabaco, mala nutrición, inactividad física y obesidad. Las comunidades pobres y minoritarias tienen un acceso limitado a alimentos frescos, a nutrición saludable y a actividades físicas recreativas. La prevención, como por ejemplo los exámenes de exploración selectiva de cáncer, depende del nivel de educación, cobertura del seguro de salud, y acceso a este tipo de atención. Asimismo, el informe IOM señala que las desigualdades sociales, tales como el legado de la discriminación racial en los Estados Unidos, tienen aún influencia en la relación médico-paciente.¹ Otros factores importantes a considerar son el comportamiento y actitudes hacia la enfermedad, y la creencia en la medicina moderna versus formas tradicionales de curación.

La Ley de Prevención de Mortalidad por Cáncer de Seno y Cáncer Cervical, adoptada por el Congreso en 1990, permitió al CDC crear el NBCCEDP. Este programa ayuda a tener acceso a los programas de detección temprana de cáncer a las mujeres de ingresos bajos que no tienen seguro médico y con atención médica deficiente. Esto puede salvarles la vida, puesto que los exámenes de exploración selectiva pueden prevenir muchas muertes por cáncer de seno y cervical – especialmente entre mujeres con poca educación, de mayor edad, de bajos recursos, y que pertenecen a ciertas minorías étnicas y raciales. Hasta la fecha, este programa ha realizado exámenes de exploración a más de 1.75 millones de mujeres; ha practicado 4 millones de exámenes; y ha diagnosticado más de 14.000 casos de cáncer de seno, 55.000 lesiones cervicales precancerosas, y 1.000 casos de cáncer

Cancer Disparities

Over the past decade, there has been increased awareness of cancer disparities. Two major reports by the Institute of Medicine (IOM) have stimulated the creation and strengthening of federal programs to reduce cancer disparities.¹ The elimination of disparities is defined as a reduction in cancer incidence and mortality, and an increase in cancer survival among socioeconomically disadvantaged people to levels comparable with the general population. Healthy People 2010, the nationwide

Figure 2b:

Health Network Brochure

The *Health Network* helped me to get the medical services that I need and that I can afford.

I never thought that calling an 800 number could help me.

Health Network
A support project of the
Migrant Clinicians Network
MCN
For more information
call weekdays
1-800-825-8205
This free service is in
Spanish and English.

We never had a card like this before. This is not an insurance card, but it gives us comfort knowing that someone will help us get the care we need.

Your Membership Card

health promotion and disease prevention agenda, is designed to serve as a roadmap for improving the health of all people in the United States during the next ten years. Its first goal is to increase quality and years of healthy life and the second goal is to eliminate racial and ethnic disparities in health. This agenda was developed with the ideas and expertise of a diverse range of individuals and over 600 organizations concerned about the nation's health. Federal, state, and private health organizations play a major role in carrying out the goal of eliminating the unequal burden of cancer among racial and ethnic minorities and medically underserved populations.

The IOM determined that racial and ethnic minorities tend to receive a lower quality of care compared to the rest of the population, even when access related factors, such as patients' insurance status and income, are controlled.¹ The factors that influence health care disparities are numerous and complex. This complexity, and the fact that disparities in care are not always apparent to patients or providers, shows an important gap in understanding the extent of disparities and the circumstances in which they occur. The data necessary to research and understand this process in general is not readily available, and even less so concerning migrant workers. Further data collection and analysis of the patterns of care can help our health system monitor its performance and improve its outcomes. Some of the recommendations given by the IOM regarding the type of data that should be collected include race, ethnicity, socioeconomic status and primary language.

The 2015 American Cancer Society (ACS) Challenge Goals include the elimination of disparities as one of the most important priorities. In 1980, the ACS reports documented large disparities in cancer burden by race and ethnicity, underscoring that poverty, inadequate education and lack of health insurance were more important than biological factors.² The IOM report on racial and ethnic disparities presents a model in which health disparities occur as a result of the relationship between economic, social, and cultural factors. For example, socioeconomic differences play an important role

cervical. El NBCCEDP se ha implementado en los 50 estados, el Distrito de Columbia, 6 territorios de los Estados Unidos y 15 naciones nativas indo-americanas y nativas de Alaska.³

Riesgo de Cáncer entre los Trabajadores Migrantes

Poco se sabe acerca de la incidencia de cáncer en los trabajadores migrantes. Sin embargo, están constantemente expuestos a pesticidas y otros químicos potencialmente carcinogénicos en su trabajo y en su vivienda.⁴ Los adultos y niños se exponen a pesticidas al plantar, desyerbar, y cosechar los cultivos. Los migrantes que trabajan en otras industrias, tales como la construcción, fábricas de enlatados, y procesadoras de carne, probablemente se exponen a otros tipos de químicos utilizados en el proceso de producción. Las condiciones de trabajo en los campos y las fábricas ofrecen poca o ninguna posibilidad de tomar las medidas apropiadas de prevención, tales como el lavado de las manos o de la ropa para evitar la absorción de los pesticidas, o la utilización de equipo de protección mientras trabajan con sustancias potencialmente tóxicas.

A pesar de la evidencia toxicológica de la relación entre ciertas sustancias químicas y el cáncer de seno, se ha recolectado poca información sobre los seres humanos. Hay estudios ocupacionales que muestran asociaciones entre el cáncer de seno y la exposición a ciertos solventes orgánicos e hidrocarburos aromáticos policíclicos (PAHs). En 1999, Petralia et al. estudiaron casos de mujeres expuestas a benceno y PAH, utilizando historiales de su vida laboral y exposiciones a químicos de acuerdo a factores de riesgo de cáncer de seno. Los hallazgos revelaron que el riesgo es doble para mujeres que alguna vez estuvieron expuestas a benceno y PAH, con aún mayor riesgo para mujeres que estuvieron expuestas por más de cuatro años. El estudio evaluó a chóferes de camión, mecánicos, empleados de garajes y estaciones de servicio, empleados de imprentas, técnicos de laboratorio, y escultores.⁵

Un estudio de caso-control de 995 casos de cáncer de seno en Columbia Británica Canadá, muestra un riesgo elevado de cáncer entre mujeres con profesiones asociadas a exposición de solventes y pesticidas.⁶ Otros estudios reportan que las exposiciones a químicos no tienen ningún efecto en el cáncer de seno. Estos resultados pueden deberse al “efecto del trabajador saludable” – los trabajadores que desarrollan enfermedades relacionadas al trabajo generalmente se ven forzados a dejar su trabajo, permaneciendo sólo trabajadores saludables. El Estudio de Cáncer de Seno en Carolina (Carolina Breast Cancer Study) encontró que había menor riesgo de cáncer en mujeres que trabajaron en granjas (probablemente debido al aumento de actividad física), pero mayor riesgo para aquellas que no usaban equipo de protección cuando aplicaban pesticidas.⁷

En general, los estudios ocupacionales respaldan esta asociación, independientemente del estatus socioeconómico, entre un mayor riesgo de cáncer y exposición a benceno, solventes orgánicos y PAHs. Sin embargo, los estudios en este campo pueden tener factores de confusión, como la exposición a varios químicos al mismo tiempo, la falta de identificación de factores protectores (como mayor actividad física), la parcialidad de la información personal en relación a las exposiciones, y el prolongado período de latencia del cáncer. Se requieren mayores investigaciones con técnicas novedosas para comprender la relación entre el cáncer y exposiciones ocupacionales.



in cancer risk factors such as tobacco use, poor nutrition, physical inactivity, and obesity. Poor and minority communities may have limited access to fresh foods, healthy nutrition, and safe recreational physical activity. The utilization of preventive care, such as cancer screening tests, is influenced by level of education, quality of health insurance coverage, and access to prevention services. Also, social inequities, such as the legacy of racial discrimination in the United States, can still influence the interactions between patients and physicians, as noted in the IOM report.¹ Other important factors to consider include health behaviors, attitudes towards illness, understanding of the possibility of wellness, and belief in modern medicine versus traditional forms of healing.

The Breast and Cervical Cancer Mortality Prevention Act of 1990 passed by Congress allowed the CDC to create the NBCCEDP. This program helps low-income, uninsured, and underserved women have access to lifesaving cancer screening programs based on the belief that many deaths from breast and cervical cancer can be prevented by increasing screening rates — especially in women who have less formal education, are older, have lower incomes, and are members of certain ethnic or racial minorities. To date, this program has funded screenings for over 1.75 million women, provided over 4 million screening examinations, diagnosed over 14,000 breast cancers, 55,000 precancerous cervical lesions, and 1,000 cervical cancers. The NBCCEDP has been implemented in all 50 states, the District of Columbia, 6 United States territories, and 15 American Indian/Alaska Native nations.³

Risk of Cancer in Migrant Workers

Little is known about the occurrence of cancer in migrant workers. Yet, migrants are exposed to potentially carcinogenic pesticides and other chemicals in their workplaces and residences.⁴ Adults and children may be exposed to pesticides during planting, weeding, thinning, and harvesting crops. Migrants who work in other industries, such as construction, canning factories, and meat processing may be exposed to other types of chemicals used in the production process. Working conditions in fields and factories provide little or no opportunity to take appropriate steps for exposure prevention, such as washing skin or clothing to minimize pesticide absorption or using protective gear while working with potentially toxic substances.

In spite of the toxicological evidence of a connection between certain chemical substances and breast cancer, minimal data has been collected regarding human subjects. Occupational studies show associations between breast cancer and exposure to certain organic solvents and polycyclic aromatic hydrocarbons (PAHs). In 1999, Petralia et al. assessed women's exposure to benzene and PAHs, using lifetime job histories and exposures adjusted for breast cancer risk factors. The findings revealed a two-fold increased risk for women exposed at any point to benzene and PAHs, and a higher risk for women who were exposed for over four years. The study evaluated bus and truck drivers, mechanics, garage and service station employees, painters, laboratory technologists and sculptors.⁵

A case-control study of 995 breast cancer cases in British Columbia, Canada reported elevated risk among women who had job titles associated with exposure to solvents and pesticides.⁶ Other studies have reported no effect of chemical exposures on breast cancer. These results may be complicated by the “healthy worker effect” — workers who develop work-related diseases are often forced to leave their jobs, leaving only those who are healthy in the workplace. The Carolina Breast Cancer Study found a lower risk in women who worked on a farm (probably due to increased physical activity), but a higher risk for those not wearing protective gear when using pesticides.⁷

In general, occupational studies support the association — independent of socioeconomic status — between increased cancer risk and exposure to benzene, organic solvents and PAHs. However, studies face several potentially confounding factors, such as exposure to many chemicals at a time, failure to identify protective factors (like increased physical activity), self report bias when inquiring about exposures, and the long latency of cancer development. More innovative methods of research are needed to better understand the relationship between cancer and occupational exposures.

Estadísticas de Cáncer

De acuerdo con un análisis hecho por Kathryn O'Brien de la ACS sobre la incidencia de cáncer, mortalidad y comportamientos seleccionados relacionados con el cáncer en hispanoamericanos, los hispanos tienen una tasa más baja de incidencia de cánceres de mayor mortalidad (cáncer de seno, próstata, bronco-pulmonar, y colorrectal). Sin embargo, tienen una alta incidencia y mortalidad en cánceres que se relacionan con agentes infecciosos (estómago, hígado, cervical, y de páncreas), menor número de exámenes de exploración selectiva de cáncer cervical, y el menor acceso a cuidado médico.⁸

Los hispanos constituyen el grupo minoritario de mayor crecimiento en este país. De acuerdo con la Oficina del Censo de los Estados Unidos, en el año 2003 había 39.9 millones de hispanos viviendo en los Estados Unidos, representando el 13% del total de la población, y reflejando un aumento de población de 3,5% en los últimos 10 años.⁹

▶ *Para el año 2004 la ACS proyecta un total de 217,400 casos de cáncer de mama para todos los grupos raciales.*

Los cánceres más comúnmente diagnosticados en hombres hispanos son el de próstata (27%), colorrectal (12%), y bronco-pulmonar (7%). Entre mujeres hispanas son: el cáncer de seno (30%), colorrectal (9%), y bronco-pulmonar (6%).⁸ (Figura 3, Localización Principal de Cánceres Nuevos y Muertes en Hispanos, Estimados del 2003, página 16.)

El cáncer de seno es el cáncer más común entre mujeres hispanas. Cada año ACS calcula el número de casos nuevos de cáncer que serán diagnosticados ese año. Para el 2003 se calculó que se diagnosticarían alrededor de 67.400 nuevos casos de cáncer en hispanos, de los cuales 11.000 serían casos nuevos de cáncer de seno. Para el 2004 la ACS proyecta un total de 217.400 casos de cáncer de seno para todos los grupos raciales y 40.110 fatalidades.^{8,10} En comparación con la población no-hispana, las mujeres hispanas durante 1992-1999 tenían menor incidencia de cáncer de seno, sin embargo el cáncer fue diagnosticado en una etapa más tardía y por tanto más difícil de tratar, demostrando la importancia de facilitar mejor acceso a los exámenes de detección temprana. Desde 1992, ha habido una disminución de mortalidad por cáncer de seno en mujeres hispanas, de 1,8% por año, en comparación con la disminución de 2,6% para mujeres blancas no-hispanas.

El cáncer colorrectal es la segunda forma de cáncer tanto en hombres como mujeres de origen hispano. También es la segunda causa de muerte por cáncer entre hombres hispanos y la tercera entre mujeres. De acuerdo a la ACS, en 2003 se esperaba diagnosticar 7.000 casos de cáncer colorrectal. Comparado con otros grupos, el cáncer colorrectal en hispanos es diagnosticado en un estado más avanzado y el uso de exámenes de detección de cáncer de colon es menor. Desde 1992 la mortalidad por cáncer colorrectal ha disminuido en un 1,8% en grupos no hispanos y sólo 0,7% en hispanos. (Figura 4, Grado de Malignidad a Tiempo Diagnostico, en Hispanos, SEER, 1992 a 1999, página 17.)

Las mujeres hispanas que viven en los Estados Unidos tienen el doble de incidencia de cáncer cervical y una tasa de mortalidad 1,4 veces mayor que los blancos no-hispanos. Las infecciones con el virus de papiloma humano tipo 16/18 (HPV) es la mayor causa de cáncer cervical. La prevalencia de esta infección varía de 10 a 40%, dependiendo de la población estudiada. No está claro si las altas tasas de incidencia de cáncer cervical en hispanos se deben a la mayor prevalencia de infecciones HPV.¹¹ Un estudio de Nuevo México reporta que las mujeres hispanas tienen en realidad una prevalencia menor de infección por HPV (9,7%) en comparación con mujeres blancas no-hispanas (13,7%). Sin embargo, la infección en las mujeres hispanas era en mayor porcentaje del tipo oncogénico (HPV16/18).¹²

Cancer Statistics

According to a review by Kathryn O'Brien of the ACS, Hispanics have a lower rate of incidence of the major cancer killers (breast, prostate, lung and bronchus, and colon and rectum). However, they have a higher incidence of and mortality from cancers that are related to infectious agents (stomach, liver, uterine, cervix, and gallbladder). In addition, they have lower rates of screening for cervical cancer, and the least access to medical care.⁸

Hispanics are the fastest growing minority group in this country. According to the United States Census Bureau, in the year 2003 there were 39.9 million Hispanics living in the United States, representing 13 % of the total population. This percentage reflects an increase of 3.5% within the last 10 years.⁹

The most commonly diagnosed cancers among Hispanic men are: prostate (27%), colon and rectum (12%), and lung and bronchus (7%). Among Hispanic women they are: breast (30%), colon and rectum (9%), and lung and bronchus (6%).⁸ (Figure 3, Leading Sites of New Cancer Cases and Deaths Among Hispanics, 2003 Estimates, page 16.)

Breast cancer is the most common form of cancer in Hispanic women. Every year the American Cancer Society estimates the number of new cancer cases and deaths expected in the United States in the current year. For 2003, they projected 67,400 new cancer cases would be diagnosed in Hispanics alone; 11,000 of those would be new breast cancer cases. For 2004, the projection for all races is 217,400 new breast cancer cases and 40,110 deaths.^{8,10} Compared with non-Hispanics, Hispanic women had an overall lower incidence of breast cancer during 1992 – 1999, however the cancer was diagnosed at a later (more difficult to treat) stage making increased access to early detection of utmost importance. Since 1992, there has been a decline in breast cancer mortality of 1.8% per year for Hispanics, compared with a decline of 2.6% for non-Hispanic white women.

Colorectal cancer is the second leading form diagnosed in both Hispanic men and women. It is also the second leading cause of cancer-related death in Hispanic men and the third in women. According to the ACS, an estimated 7,000 patients were expected to be diagnosed with colorectal cancer in 2003. The stage of the cancer at diagnosis in Hispanics is later compared with other groups and the current level of colon cancer screening methods is lower. Since 1992, mortality from colorectal cancer has declined 1.8% in non-Hispanic groups but only 0.7 % in Hispanics. (Figure 4, Stage at Diagnosis Distribution, page 17.)

Hispanic women living in the United States have twice the incidence of cervical cancer and 1.4 times higher mortality rates than non-Hispanic whites. Infection with human papillomavirus (HPV) type 16/18 is the major cause of cervical cancer. The prevalence of this infection varies from 10 to

For 2004 the ACS projected 217,400 new breast cancer cases for all races.

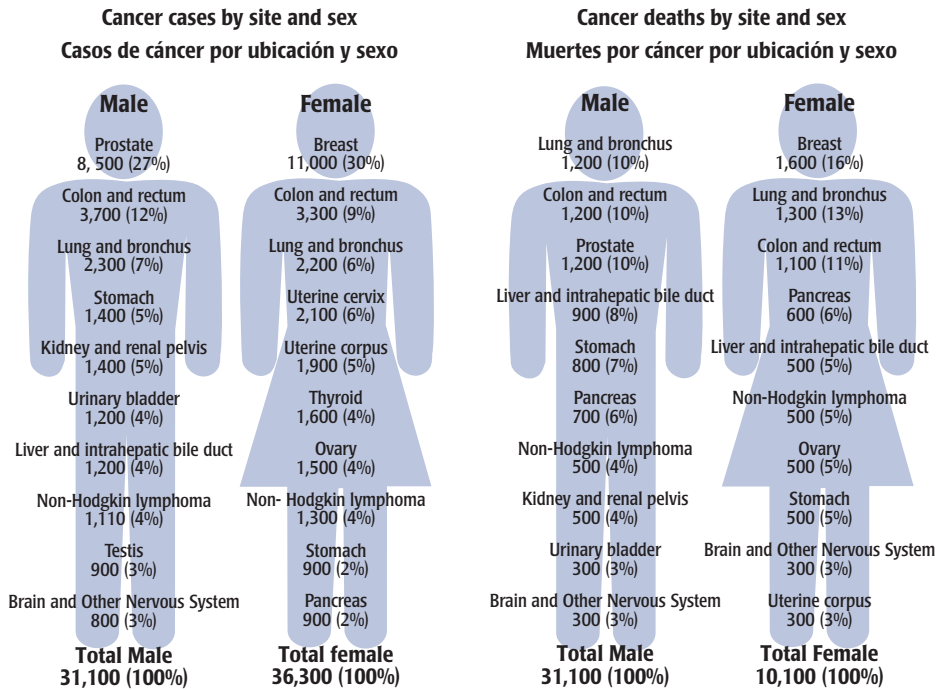
40%, depending on the population studied. It is not clear if the higher incident rates of cervical cancer in Hispanics are due to higher prevalence of HPV infections.¹¹ A study in New Mexico reported that Hispanic women actually had a lower prevalence of HPV infection (9.7%) compared with non-Hispanic white women (13.7%). However, Hispanic women had a greater percentage of oncogenic HPV (type 16/18).¹²



Figure 3:

Leading Sites of New Cancer Cases¹ and Deaths Among Hispanics, 2003 Estimates²

Localización Principal de Cánceres Nuevos¹ y Muertes en Hispanos, Estimados del 2003²



¹ Excludes basal and squamous cell skin cancer and in situ carcinomas except urinary bladder.

² Estimates are rounded to the nearest 100.

Note: Estimates of new cases are projected based on incidence rates from the National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology, and End Results Program, 1992 to 1999. Estimates of deaths are projected based on mortality rates from the National Center for Health Statistics, 1993 to 1999, which included Hispanic deaths from all states except Oklahoma.

¹ Excluye el cáncer piel de tipo escamoso y basal y carcinomas in situ, excepto de vejiga urinaria

² Los estimados están redondeados al 100

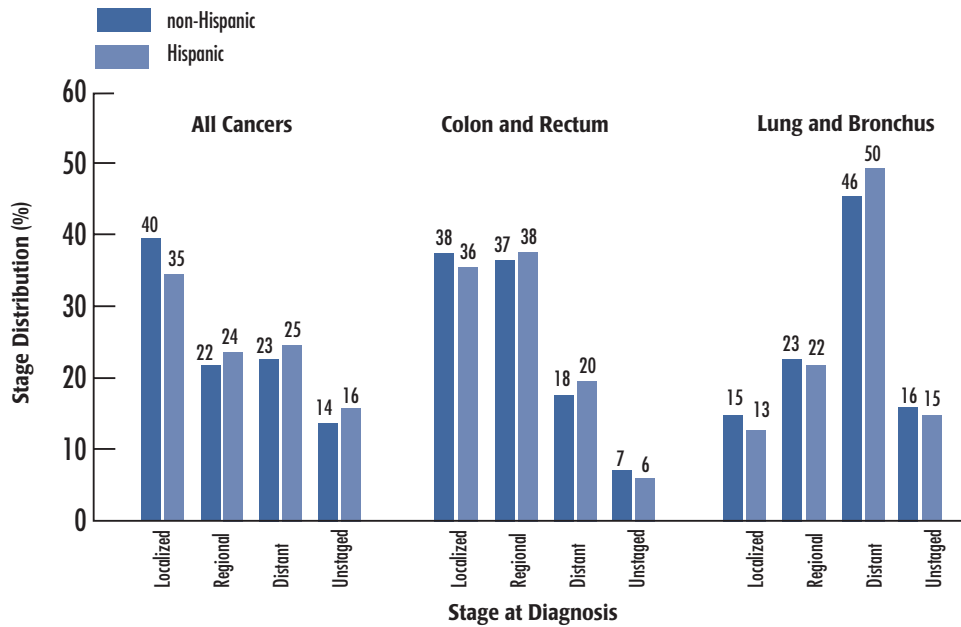
Nota: Los estimados de casos nuevos son proyecciones basadas en la tasa de incidencia de la vigilancia, epidemiología y resultados finales de programas del Instituto Nacional del Cáncer entre 1992 y 1999. Los estimados de muertes son proyecciones basadas en la tasa de mortalidad del Centro Nacional de Estadística en Salud de 1993 a 1999, que incluye muertes en hispanos en todos los estados excepto Oklahoma.

Source/Fuente: Cancer Statistics for Hispanics; 2003

Figure 4:

Stage at Diagnosis Distribution, by Hispanic Ethnicity, SEER, 1992 to 1999

Grado de Malignidad a Tiempo Diagnostico, en Hispanos, SEER, 1992 a 1999



Source/Fuente: *Cancer Statistics for Hispanics; 2003*



Exámenes de Detección Temprana

La detección temprana puede prevenir algunos tipos de cáncer. La identificación y extirpación temprana de lesiones precancerosas puede aumentar las posibilidades de curación, así como reducir la duración del tratamiento y aumentar la expectativa de vida. En los últimos diez años, la tasa de exámenes para la detección temprana de cáncer en personas de origen hispano ha aumentado considerablemente; sin embargo, el uso de servicios para detección ha sido bajo debido a la falta de seguro médico y el estatus de nuevo inmigrante en todos los grupos de la población.¹³ Se ha hecho grandes esfuerzos para mejorar la tasa de exámenes exploratorios de cáncer. Programas, tales como NBCCEDP, son responsables del aumento del número de exámenes de detección temprana de cáncer de seno y cáncer cervical en los últimos diez años.

Aunque la tasa de exámenes de exploración para cáncer de seno y cáncer cervical ha aumentado enormemente, la tasa de exámenes de exploración de cáncer colorrectal no es tan alentadora. En 2001, solo el 15,4% de hispanos mayores de 50 años se sometieron al Examen de Sangre Fecal Oculta (FOBT) durante el último año, en comparación al 24,1% de blancos y el 31,2 % de afro-americanos. En relación a la colonoscopia, sólo el 31,2% de hispanos se sometió a este examen en los últimos cinco años. La tasa de blancos es de 39,2% y 35,3% de afro-americanos.⁸

Un estudio realizado por la American Cancer Society indica que menos de la mitad (42,5%) de la población de los Estados Unidos mayor de 50 años fue sometida a exámenes exploratorios de cáncer colorrectal en los períodos recomendados. Los resultados demostraron variación de acuerdo al sexo, raza, grupo étnico, edad, educación, ingresos, seguro de salud y asistencia médica regular. Existe una asociación entre

▶ *El cáncer de colorrectal es la segunda forma de cáncer tanto en hombres como en mujeres de origen Hispano.*

el hecho de haber visitado un médico en el último año y el uso de exámenes exploratorios para la detección de cáncer colorrectal. Este estudio recomienda educar a médicos y pacientes sobre la importancia de los exámenes de exploración de cáncer colorrectal, poner mayor esfuerzo para reducir las disparidades y asegurar que todas las personas tengan acceso a una atención de salud primaria regular.¹⁴

Las diferencias en incidencia entre los exámenes de exploración de cáncer de seno, cervical y de colon resaltan la importancia de tener programas consistentes, tales como el NBCCEDP, a fin de producir un impacto real. Los programas que proporcionan asistencia en navegar el sistema atención de salud, servicios bilingües y que ayudan al acceso a servicios de salud económicamente asequibles, son esenciales para aumentar la tasa de exámenes de detección temprana.¹⁵ (Figura 5, Exámenes Exploratorios de Cáncer, Adultos, por el ACS 2000 a 2001, página 20.)

Desafíos que Enfrentan las Poblaciones Móviles

El trabajo que los trabajadores migrantes realizan en el campo y en otras industrias es esencial para la economía de este país. Los migrantes realizan los trabajos más duros a cambio de salarios muy bajos; trabajan y viven en condiciones muy precarias y por consiguiente experimentan niveles de salud inferiores al resto del país. Hoy en día los Centros de Salud Comunitaria 330-G patrocinados por el gobierno federal son la fuente de servicios médicos, cultural y lingüísticamente mejor capacitado para atender a los trabajadores migrantes. A pesar de ello estos centros sólo atienden a un 20% del total de la población migrante, y muchas veces están localizados en comunidades donde no existe un gran número de profesionales médicos. Esto implica que la atención es muchas veces deficiente y que existe un número insuficiente de profesionales médicos para proporcionar los servicios necesarios.

Screening Tests

Early detection can prevent some cancers from occurring. The early identification and removal of precancerous lesions can reduce the length of treatment, and increase the chances of cure and life expectancy. In the last ten years, the rate of cancer screening for Hispanics has improved considerably; however, the utilization of screening services has been low as a result of lack of insurance and recent immigrant status.¹³ Great efforts have been made to improve screening rates. Programs such as the NBCCEDP are largely responsible for increasing breast and cervical cancer screening rates within the last ten years.

While screening rates for breast and cervical cancer have greatly increased, the screening rates for colorectal cancer are not as encouraging. In 2001, only 15.4% of Hispanics over age 50 had a Fecal Occult Blood Test (FOBT) within the last year, compared with 24.1% for whites and 31.2% for African Americans. Regarding colonoscopy, only 31.2% Hispanics had one within the last five years. The rates are 39.2% for whites and 35.3% for African Americans.⁸ A study by the ACS found that less than half (42.5%) of the United States population over 50 years of age underwent colorectal cancer tests within the recommended time intervals. Their results showed variation in the use of colorectal cancer tests by gender, race, ethnicity, age, education, income, health care coverage, and regular source of care. Being seen by a physician within the past year had the strongest association with test use. The study recommended educating providers and patients about the importance of screening for colorectal cancer, increasing efforts to reduce disparities and ensuring that all persons have access to routine primary care.¹⁴

The difference in incidence between breast, cervical and colon cancer screening underscores the importance of having consistent programs, such as the NBCCEDP, in order to make a real impact. Programs that provide assistance in navigating the health care system and accessing affordable care, as well as bilingual services, are essential for increasing screening rates.¹⁵ (Figure 5, Cancer Screening Examinations, page 20.)

The Unique Challenges of Mobile Populations

The labor that migrant workers provide in agriculture and other industries is essential to the economy of the nation. They perform backbreaking labor for low wages, endure wretched living and working conditions and, in general, experience the worst overall level of health in the country. To date, health care for migrants that is accessible and culturally and linguistically appropriate is best provided through the federally funded 330-G Migrant Health Centers. Yet nationally, these centers serve less than 20 percent of the total migrant population in need and are often located in health professional shortage areas (HPSA).

Among employed groups, migrants are one of the poorest in our country, despite working almost year round in different seasonal industries. In addition, the majority are uninsured. For the more than 4.2 million migrants, going to see a doctor is a financial hardship. Due to the nature of their

Colorectal cancer is the second leading form of cancer diagnosed in both men and women of Hispanic origin.

Figure 5 :

Cancer Screening Examinations,¹ Adults, by ACS Guidelines, 2000 and 2001

Exámenes Exploratorios de Cáncer,¹ Adultos, por el ACS 2000 a 2001

	% Hispanic % Hispanos	% White, Non-Hispanic % Blancos no Hispanos	% African American, Non-Hispanic % Afro-Americanos no Hispanos
Breast cancer, 2000 Cáncer de seno, 2000			
Mammogram ² Mamograma ²		62.9	66.7
Clinical breast exam (CBE) ³ Examen clinico del seno (CBE) ³	65.1	68.8	69.9
Mammogram and CBE ⁴ Mamograma y CBE ⁴	53.5	56.0	54.8
Cervical cancer, 2000 Cáncer cervical, 2000			
Pap test ⁵ Prueba de Pap ⁵	83.4	87.2	88.8
Colon and rectum cancer, 2001 Cáncer de colon y recto, 2001			
Fecal occult blood test ⁶ Prueba de sangre fecal oculta ⁶	15.4	24.1	21.6
Flexible sigmoidoscopy or colonoscopy ⁷ Sigmoidoscopia flexible o colonoscopia ⁷	31.2	39.2	35.3

¹ Based on median value of participating states (50 US states, District of Columbia, and Puerto Rico) with 50 or more respondents in a racial or ethnic group. Estimates exclude missing, don't know/not sure, or refused responses.

² A mammogram within the past year for women 40 and older.

³ A CBE within the past year for women 40 and older.

⁴ Both a mammogram and CBE within the past year for women 40 and older.

⁵ A Pap test within the past three years for women 18 and older.

⁶ A fecal occult blood test using a home kit within the past year for adults 50 and older.

⁷ A flexible sigmoidoscopy or colonoscopy within the past five years for adults 50 and older.

Source: Behavioral Risk Factor Surveillance System Public Use Data File 2000, 2001, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 2001, 2002.

¹ Basado en el valor mediano de los estados participantes (50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico) con 50 o mas respuestas de grupos raciales o étnicos. Los cálculos excluyen faltantes, no se/no estoy seguro, o preguntas rechazadas.

² Mujeres mayores de 40 años que se hicieron un mamograma en un año

³ Un CBE en los últimos años para mujeres de 40 años o más

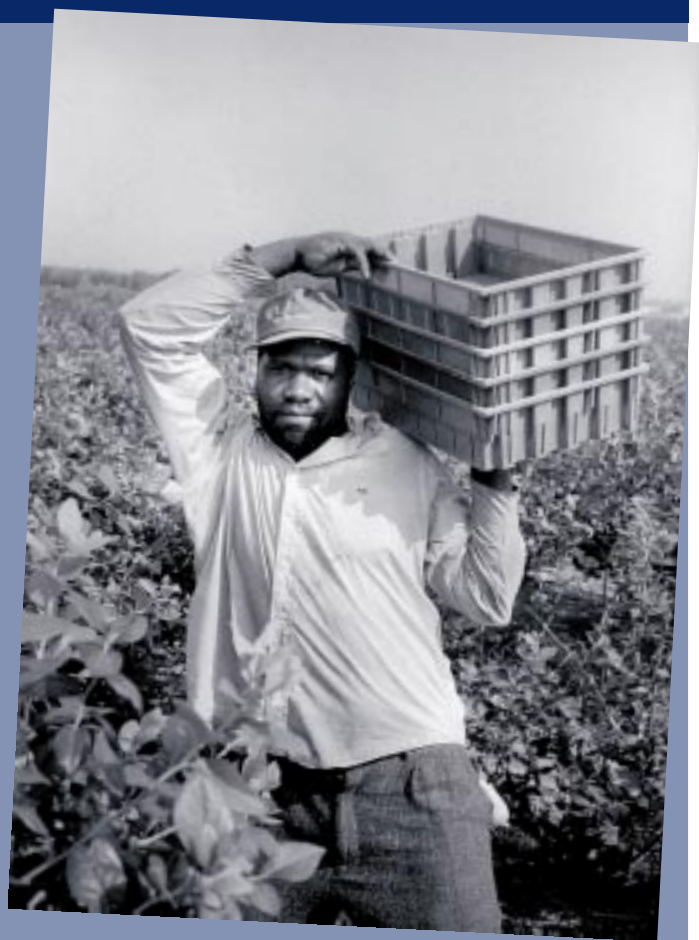
⁴ Ambos, un mamograma y un CBE en el último año para mujeres de 40 años o más

⁵ Una prueba Pap en los últimos tres años para mujeres de 18 años o más.

⁶ Una prueba fecal oculta utilizando un kit casero en el último año para adultos de 50 años.

⁷ Una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia en los últimos cinco años para adultos de 50 años o mas

Fuente: Behavioral Risk Factor Surveillance System Public Use Data File 2000, 2001, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, 2001, 2002.



A pesar de que los migrantes trabajan casi todo el año en trabajos temporales, ellos son el grupo de trabajadores más pobre de nuestro país. Para más de 4.2 millones de migrantes, ir al médico significa un sacrificio económico. Dada la naturaleza de su trabajo, la mayoría de los migrantes no recibe seguro médico a través de su empleo. La mayor parte de las familias, si cumplen los requisitos necesarios, dependen de los seguros públicos, como ser Medicaid. Los requisitos de Medicaid varían de estado a estado, siendo un obstáculo para las familias migrantes que tienen que volver a solicitar los beneficios cada vez que se mudan a un estado diferente. Los migrantes se enfrentan a regulaciones de Medicaid que cambian constantemente y les es difícil explicar la razón por la que se mudan en busca de trabajo.

Otras barreras para obtener Medicaid incluyen:

- Incapacidad de probar sus ingresos – muchos migrantes reciben pago en efectivo y no tienen cuenta bancaria.
- Entrevistas personales – es difícil para los migrantes obtener permiso de trabajo para ir a las oficinas de Medicaid.
- Verificación de propiedad – algunos migrantes no cumplen los requisitos simplemente porque poseen una casa o un modelo reciente de vehículo (el cual, en la mayoría de los casos es su instrumento de trabajo que les permite viajar de una cosecha a otra)
- Carecen de familiares que les ayuden a cumplir los requisitos -- muchos migrantes dejan a su familia en su estado de residencia, y no cumplen los requisitos para Medicaid si no pueden probar que tienen personas dependientes a las que mantener.

De acuerdo a la Ley de Prevención y Tratamiento de Cáncer de Seno y Cervical de 2000 (Ley 106-354), las personas cuyos resultados sean anormales o que hayan sido diagnosticadas con cáncer (incluyendo personas con condiciones precancerosas) a través del NBCCEDP son automáticamente elegibles para Medicaid, si cumplen los requisitos de pobreza. Una vez inscritos en Medicaid, los pacientes deben comenzar y completar su tratamiento en el estado donde fueron diagnosticados. Las mujeres migrantes no sólo tienen dificultad para satisfacer los requisitos de Medicaid, sino que su movilidad de estado a estado hace que les sea difícil continuar con su tratamiento en el mismo lugar.¹⁶

Los trabajadores migrantes son menos propensos a obtener atención preventiva y exámenes de detección de cáncer. Muchos no comprenden la importancia de los exámenes de detección temprana porque no se les ha proporcionado la información en forma cultural y lingüísticamente apropiada. La educación promedio de más de la mitad de los migrantes es equivalente al noveno grado de escuela elemental. Por lo tanto es importante elaborar material educativo de salud apropiado, simple y accesible. Debido a la dificultad que pasan los migrantes para tener acceso a servicios de asistencia médica, es imprescindible aprovechar cualquier oportunidad de comunicación para proporcionar apoyo e información sobre servicios de salud.

Otros obstáculos para el acceso a servicios de salud de calidad incluyen entre otros el aislamiento lingüístico, la insuficiente información sobre salud, escasez de servicios médicos étnicamente sensibles y culturalmente competentes, y la falta de familiaridad con el sistema de salud de los Estados Unidos. La primera generación de inmigrantes hispanos tiene mayores tasas de cáncer etiológicamente relacionadas con agentes infecciosos, debido en parte a la limitada educación en salud e infraestructura sanitaria en sus países de origen. Muchos inmigrantes, especialmente los más jóvenes tanto como los más recientes en este país, desconocen los servicios disponibles, temen a lo desconocido, y navegar en el laberinto del sistema de salud puede ser intimidante. Los programas que dan asistencia en la navegación del sistema son muy valiosos tanto para los inmigrantes como para los profesionales de salud que los atienden. (Figura 6, Porcentajes de Cambio en el Uso de Exámenes Exploratorios de Cáncer, página 24.)



work, most migrants lack employer-sponsored health insurance. Most families rely on using public insurance such as Medicaid, if they are able to qualify. Medicaid eligibility requirements vary from state to state, making it hard for mobile populations to apply for this benefit since they are required to re-apply for services every time they move. Migrants are faced with having to meet ever-changing eligibility (Medicaid) requirements; they have a hard time explaining why they need to move in order to work.

Other barriers to accessing Medicaid are:

- Inability to prove their income — many migrants get paid in cash and do not have a bank account
- Face-to face interviews — it is hard for migrants to get leave time from work to visit the Medicaid offices
- Assets verification — some migrants do not qualify because they own a house or a recent model vehicle (a necessity for moving in search of work)
- Absence of family members who would help them qualify — many migrants leave their family in their home base state, and do not qualify for Medicaid in their state of residence if they cannot prove they have dependents to support

According to the Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Act of 2000 (Public Law 106-354), patients screened by the NBCCEDP whose results are abnormal (including precancerous conditions) are automatically eligible for Medicaid if they meet the poverty guidelines. Once they qualify, patients must start and finish their treatment in the state where they are diagnosed. Migrant women not only have a hard time qualifying for Medicaid, but their mobility makes it hard for them to continue their treatment in one location.¹⁶

Migrant workers are less likely to get preventive care such as physical examinations and cancer screening. Many do not understand the importance of early screening because they are not provided with linguistically and culturally sensitive information. Nearly half of migrants have less than a ninth-grade education. It is therefore important to tailor the appropriate health education to them by making it simple and accessible. Since it is so difficult for migrants to access health care services, it is essential to take advantage of every communication opportunity to provide health care information and support.

Other barriers to quality health care include linguistic isolation, insufficient health information, shortage of ethnically sensitive and culturally competent health facilities, and lack of familiarity with the United States medical system. First-generation Hispanic migrants have higher rates of cancers etiologically related to infectious agents, in part because of the limited health education and health care infrastructure in their home countries. Many migrants, in particular the younger, more recent immigrants, have a minimal understanding of services available to them; they fear the unknown, and navigating the medical system maze can be intimidating. Programs that provide assistance with this navigation are very valuable to both migrants and the health providers who serve them. (Figure 6, Percentage of Change in the Use of Cancer Screening Tests, page 24.)

Integrando el Cuidado del Cáncer a través de las Colaboraciones

En 1999, la Oficina de Cuidado Primario para la Salud de los Estados Unidos o Bureau of Primary Health Care (BPHC) estableció una meta estratégica muy ambiciosa: eliminar las desigualdades en salud y ampliar el acceso al sistema de salud. Como elemento clave para el logro de esta meta, BPHC ha patrocinado una serie denominada Colaboraciones para las Desigualdades en Salud (Health Disparities Collaboratives) y ha estado desarrollando infraestructuras de apoyo dedicadas a mejorar la asistencia para las personas con enfermedades crónicas. Las Colaboraciones reúnen a los equipos de los centros de salud por casi 12 meses, bajo la dirección de expertos nacionales, para transmitir los adelantos rápidos en asistencia de salud.

Desde 1999, cientos de centros de salud comunitaria han participado en las Colaboraciones enfocándose en el mejoramiento del cuidado de condiciones crónicas específicas. A la fecha, los centros de salud, incluyendo aquellos que sirven a poblaciones móviles, han logrado y documentado mejoras significativas en la salud de sus pacientes – personas con enfermedades como por ejemplo diabetes, asma, depresión y enfermedad cardiovascular.

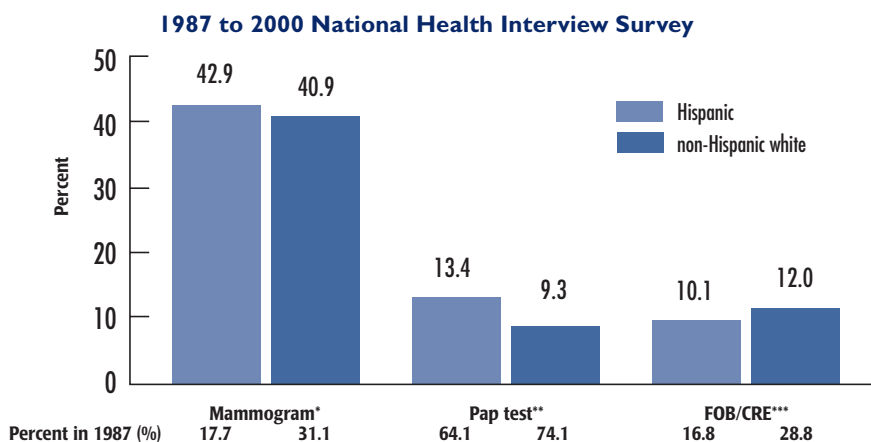
Las Colaboraciones (Health Disparities Collaboratives) son un ejemplo de cómo prestar servicios pro-activos de salud a las personas con enfermedades crónicas. Esta propuesta se basa en tres modelos centrales de la serie de adelantos del IHI (Institute for Health Care Improvement). Estos tres modelos son:

- (1) El Modelo de Aprendizaje, el cual hace que los centros de salud sean parte de una red de expertos y colegas aprendices.

Figure 6¹⁵

Percentage of Change in the Use of Cancer Screening Tests

Porcentajes de Cambio en el uso de exámenes exploratorios de Cáncer



* Mammogram within the last 2 years, women age 40 years.

** Pap test within the last 3 years, women age 25 years.

*** Fecal occult blood/colorectal examination; home or office blood stool test within the last year or colorectal endoscopy within the last 3 years, age 50 years.

* Mamogramas en los últimos 2 años en mujeres mayores de 40 años

** Examen del PAP en los últimos 3 años en mujeres mayores de 25 años

*** Examen de Sangre fecal oculta y examen de cáncer colorectal; Sangre en las heces en casa o en la oficina del medico en el ultimo ano y endoscopia rectal en los últimos 3 años, en personas mayores a 50 años.

Source/Fuente: National Health Interview Survey 1987, 2000, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention.

Integrating Cancer Care through the Collaboratives

In 1999, the Bureau of Primary Health Care (BPHC) set an ambitious strategic goal: eliminating health disparities and expanding access. As a key element of achieving this goal, BPHC has sponsored a series of Health Disparities Collaboratives and has been building support infrastructures dedicated to improving care for people with chronic illnesses. The Collaboratives bring together health center teams for about 12 months, under the guidance of national experts, to work toward rapid improvements in care.

Since 1999, hundreds of community health centers have participated in Collaboratives focusing on improving care for specific chronic conditions. To date, health centers, including those that serve mobile populations, have achieved and documented significant improvements in the health of those whom they serve — people with conditions like diabetes, asthma, depression, and cardiovascular disease.

The Health Disparities Collaboratives are an example of how to provide proactive care for people with chronic illness. At the heart of this approach are three models based on the Institute for Healthcare Improvement's (IHI) Breakthrough Series.

Those three models are:

- (1) The Learning Model, which makes health centers part of a network of experts and fellow-learners
- (2) The Chronic Care Model, which outlines all of the elements of good care for chronic illnesses
- (3) The Improvement Model, which enables teams to rapidly test and implement changes for improving care

The Learning Model incorporates learning sessions with action periods that take place between sessions and test changes for improvement. It also fosters communications within a nationwide network of experts and fellow-learners through conference calls, site visits, listservs and support staff.

The Chronic Care Model is an organizational approach to caring for people with chronic disease in a primary care setting. The system is population-based and creates practical, supportive, evidence-based interactions between an informed, active patient and a prepared, proactive practice team. The Chronic Care Model emphasizes evidence-based, planned, and integrated collaborative chronic care. Principles for redesigning care are based on six concepts: self-management support, delivery system design, decision support, clinical information systems, health care organization, and community.

The Improvement Model consists of three fundamental questions: What are we trying to accomplish? How will we know that a change is an improvement? What changes can we make that will result in any improvement? Answers to these questions set the goal, define the measures and test changes to yield improvements. This model also includes a Plan-Do-Study-Act (PDSA) cycle to test and implement changes in real work settings. The PDSA cycle is a short trial-and-learning method to discover how to effectively and efficiently change a process. The IHI emphasis on study is the key to learning and establishing knowledge. The study part of the PDSA cycle compels the team to learn the cycle's effects on parts of the system, on patients, and on staff. It also shows the effects under different conditions, such as particular practice teams or sites. Most importantly, the study phase creates an ideal time to think through how the Care Model helps generate new ideas and approaches to positive change.

Clinics that participate in the Collaboratives work in teams according to disease preference. The chronic disease states include: cardiovascular, diabetes, depression, asthma and cancer. In 2002, twelve health centers participated in the Cancer Collaborative Pilot. By April 2004, there were 31,171 total patients in the cancer registries stored in PECS, the Patient Electronic Care System. PECS is used to manage and store information from patients enrolled in any of the collaborative clinics. This system allows clinics to track their progress and evaluate their work.

- (2) El Modelo de Cuidado Crónico, el cual resume todos los elementos del buen cuidado de enfermedades crónicas.
- (3) El Modelo de Mejoramiento, el cual facilita a los equipos la rápida identificación e implementación de cambios para el mejoramiento del cuidado.

El Modelo de Aprendizaje incorpora sesiones de aprendizaje cuyos períodos de acción se llevan a cabo entre sesiones, y prueban cambios para el mejoramiento. También fomentan la comunicación a nivel nacional a través de una red de expertos y colegas de aprendizaje, mediante tele-conferencias, visitas al lugar, comunicación a través de internet y personal de apoyo.

El Modelo de Cuidado Crónico es una propuesta organizacional para el cuidado de personas con enfermedades crónicas en servicios de atención primaria. Es un sistema basado en la población, que crea interacciones prácticas de apoyo, respaldadas por evidencias entre un paciente activo e informado y un equipo preparado y activo. El Modelo de Cuidado Crónico enfatiza el cuidado de enfermedades crónicas con colaboración integral, planificadas y respaldadas por evidencia. Los principios para el rediseño de asistencia médica se basan en seis conceptos: asistencia para el auto-cuidado, diseño de sistema de entrega de servicios, apoyo con decisiones, sistema de información clínico, organización de la asistencia médica y de comunidad.

El Modelo de Mejoramiento consiste en tres preguntas fundamentales: ¿Que tratamos de lograr?, ¿Cómo sabremos que el cambio es una mejoría? ¿Que cambios podemos hacer para mejorar? Las respuestas a estas preguntas establecen la meta, definen las medidas y verifican los cambios que producen mejorías. Este modelo también incluye un “Plan-Do-Study-Act” (PDSA), que se refiere a un ciclo para verificar y mejorar los cambios en un medio de trabajo real. El ciclo PDSA es un método de aprendizaje práctico para descubrir como cambiar un proceso efectiva y eficientemente. El IHI enfatiza el estudio como la clave de aprendizaje y establecimiento del conocimiento. Obliga al equipo a aprender de los datos recopilados, los efectos en las diferentes partes del sistema, en los pacientes, y en el personal, y los efectos bajo diferentes condiciones, tales como equipos, o lugares de práctica específicos. Lo más importante es la fase de estudio que crea un tiempo ideal para reflexionar acerca de la forma en que el Modelo de Atención Médica ayuda a generar nuevas ideas y propuestas para un cambio positivo.

Las clínicas que participan en las Colaboraciones trabajan en equipos de acuerdo a las enfermedades de más prioridad. Los estados de enfermedades crónicas incluyen enfermedad cardiovascular, diabetes, depresión, asma y cáncer. En 2002, doce centros de salud participaron en Colaboraciones piloto de cáncer. En abril del 2004 había un total de 31.171 pacientes en los registros almacenados en PECS (Sistema Electrónico de Atención a Pacientes). El PECS se utiliza para administrar y almacenar información de los pacientes inscritos en cualquiera de las clínicas colaboradoras. Este sistema permite a las clínicas medir su progreso y evaluar su trabajo.

Para aumentar el número de exámenes exploratorios y de detección temprana, las clínicas participantes realizan eventos comunitarios que incluyen actividades de promoción de salud y educación. Las clínicas también establecieron asociaciones para prestar servicios de exploración y seguimiento, particularmente para el cáncer de colon. El uso de unidades móviles y la participación comunitaria contribuyeron a informar y a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.

Algunas iniciativas que las clínicas participantes en el proceso colaborativo de cáncer han implementado incluyen: identificación de la falta de sistemas para hacer el seguimiento de pacientes con exámenes exploratorios anormales, desarrollo de estrategias para aumentar los exámenes de FOBT, uso creativo del tiempo de espera durante la visita médica para proporcionar al paciente educación y material de autoayuda, perfeccionamiento del proceso de notificación de pacientes y utilización de cuadros/paquetes de control para identificar a los pacientes que necesitan exámenes de exploración.

MCN ha tenido un papel activo ayudando a las clínicas a identificar a sus poblaciones objetivo y proporcionando asistencia técnica en el desarrollo de estrategias de mejoramiento de servicios, especialmente para los pacientes migrantes.

En general, los equipos colaborativos de cáncer han generado y documentado mejoras en los indicadores de salud de las poblaciones con atención limitada; han transformado sus prácticas

To increase screening, participating clinics have held community events including outreach and educational activities. Clinics have also established partnerships to provide screening and follow up services, particularly for colon cancer. Use of mobile units and collaboration with key stakeholders has further enhanced community awareness and access.

Some of the initiatives Cancer Collaborative clinics have implemented include: identifying the lack of systems to track abnormal screens, developing strategies to increase FOBT screenings, creatively making use of patient waiting time to provide educational and self-management materials, streamlining patient notification processes and utilizing chart audits/huddles to identify when screenings are needed for scheduled patients. MCN has played an active role in helping the clinics understand their population of focus and providing technical assistance in the development of strategies to improve service, especially to migrant patients.

In general, the Cancer Collaborative teams have been able to do the following: generate and document improved health outcomes for underserved populations; transform their clinical practices through models of care, improvement and learning; develop infrastructure, expertise and multidisciplinary leadership to support improved health status; and build strategic partnerships.



clínicas a través de modelos de atención, mejora y aprendizaje; han desarrollado infraestructura necesaria; han mejorado la especialización y el liderazgo multidisciplinario para promover una mejor salud; y han desarrollado asociaciones estratégicas. Aunque el incremento de pacientes examinados en el primer año fue modesto, la tendencia es, en general, de aumento en el número de exámenes de exploración y seguimiento de pacientes.

CAN-track jugará un papel importante ayudando a las clínicas que sirven a trabajadores migrantes a aumentar el número de pacientes que reciben exámenes de exploración selectivos de cáncer y a disminuir el número de pacientes que no tienen ningún tipo de seguimiento.

El Cáncer y las Discrepancias de su Tratamiento

En octubre del año 2000, se puso en vigencia una ley que creó una nueva opción de cobertura estatal para Medicaid. Bajo esta ley, los estados pueden dar cobertura de Medicaid a mujeres menores de 65 años que fueron diagnosticadas con cáncer de seno o cervical, a través del programa NBCCEDP. Esta ley puso a disposición de las mujeres un tratamiento al cual las mujeres no podrían haber accedido por otros medios.

Desafortunadamente solo el 33% de las mujeres migrantes cumplen los requisitos para Medicaid. El restante 67% no son elegibles para Medicaid debido a su estatus de inmigración e imposibilidad de probar sus ingresos, al igual que a la imposibilidad de mantener un solo lugar de residencia, y la imposibilidad de cumplir con otros requisitos de aplicación. De acuerdo a la nueva ley, sólo las mujeres que son diagnosticadas a través del NBCCEDP son elegibles para cobertura de Medicaid. Así, las mujeres cuyos resultados son anormales y se mudan a un estado diferente antes de recibir tratamiento (incluso antes de recibir la notificación del resultado anormal) no serán elegibles para Medicaid en el nuevo estado al que se muden. La única opción que les queda es pagar por sí mismas el seguimiento o ser re-examinadas por el NBCCEDP en el nuevo estado, para cumplir los requisitos de Medicaid. Mas aún si las mujeres son examinadas por otro programa que no sea el NBCCEDP, no serán elegibles para Medicaid, aunque de otra manera calificaran. Estos obstáculos hacen que sea muy difícil para una mujer migrante obtener y continuar su tratamiento a través de Medicaid en caso de que el examen sea anormal.

Para las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de seno o cervical y que no son elegibles para Medicaid, el encontrar tratamiento es un gran reto. Algunos hombres y mujeres que viven en comunidades fronterizas (y también algunos que viven en estados alejados de la frontera), prefieren regresar a su país de origen para recibir tratamiento y apoyo de la familia. Esto hace que sea difícil seguir del progreso del tratamiento, conocer la tasa de supervivencia y saber si obtuvieron la atención apropiada en su país de origen. Es necesario contar con mejores métodos para asistir a las comunidades de migrantes en la obtención de asistencia médica continua.

Es común que la gente que vive en regiones fronterizas del sur como Texas, Arizona, California y Nuevo México cruce la frontera a México para obtener atención médica a menor costo. Cada año más de 360 millones de personas cruzan la frontera en busca de atención médica, lo que significa mayores desafíos para los proveedores de atención médica en ambos lados de la frontera. Pocas investigaciones han estudiado las migraciones a través de la frontera en busca de atención médica. Una encuesta realizada en la parte baja del Valle del Río Grande, en Texas, encontró que el 14% de los encuestados fue a México para recibir tratamiento médico, el 28% fue en busca de atención dental y el 20% fue para comprar medicamentos.¹⁷ ** En este mismo estudio, el 83% mencionó que el costo era la razón principal para buscar atención médica en México. En 1999, un estudio en la región de El Paso (Ciudad Juárez), encontró que 67.000 residentes de los Estados Unidos cruzaron la frontera para recibir servicios médicos en Juárez, México.¹⁸

** Se pueden obtener productos farmacéuticos como antibióticos y analgésicos a menor costo y fácil acceso sin necesidad de una receta médica. El costo de servicios médicos es mas bajo que en los Estados Unidos (una visita médica en Juárez cuesta \$20-40, sin cita previa — en El Paso el costo es de \$50-150, con una espera larga para poder tener una cita, además del costo de las medicinas.) Además, los Hispanos frecuentemente prefieren recibir atención dedica de un médico Hispano, que habla su idioma y que sienten que les da atención personal. (Comentario de la Dra. Bertha Arnedariz)

While the increase in the number of patients screened in the first year has been modest, overall there has been an upward trend in screening and follow-up. CAN-track will play an important role in helping clinics that serve migrant workers increase the number of patients screened and decrease the number of patients lost to follow-up.

Cancer Treatment Gaps

In October 2000, a law was passed that created a new state coverage option for Medicaid. Under this law, states were permitted to provide Medicaid coverage to women under 65 years of age who were diagnosed with breast or cervical cancer through the NBCCEDP. This ground-breaking law made treatment available to women who would otherwise be ineligible. Unfortunately only about 33% of migrant women qualify for Medicaid. The remaining 67% are ineligible for Medicaid due to their immigration status, and their inability to prove their income, maintain single state residency, and satisfy other application requirements. Only women who are diagnosed through the NBCCEDP are eligible for Medicaid coverage under this new law. Thus, women who have abnormal screening results and move to a different state before getting treatment (or even before being notified about their abnormal results) will be ineligible for Medicaid in their new state. They will either have to pay for the follow up themselves or be re-screened by the new state's NBCCEDP to satisfy Medicaid eligibility requirements. Furthermore, if women get screened by any other program than the NBCCEDP, they will not be eligible for Medicaid, even if they would otherwise qualify. These barriers make it very hard for migrant women to get treatment and follow-up through Medicaid if their screening is abnormal.

For women who are diagnosed with breast or cervical cancer and are not eligible for Medicaid, finding treatment is a great challenge. Some men and women who live in border towns (and some who live in non-border states) choose to return to their home country for treatment and family support. This choice makes it difficult to track their treatment progress, to know their survival rate and to know if they are able to get care in their home country. Better methods are needed to assist mobile populations in maintaining continuous health care.

It is common for people who live in southern border states like Texas, Arizona, California and New Mexico to cross into Mexico in order to get medical care at a lower cost. It is estimated that over 360 million medically related border crossings occur every year, signifying increased challenges to health care providers on both sides of the border. Few studies have addressed the issue of migration across the border in search of health care. A survey in the Lower Rio Grand Valley in Texas found that 14% of respondents had gone to Mexico for medical treatment, 28% for dental and 20% for purchasing medications.^{17**} In this same study, 83% cited cost as their main reason for seeking medical care in Mexico. In 1999, a study in the El Paso-Ciudad Juárez region found that 67,000 United States residents crossed the border to receive medical services in Juárez, Mexico.¹⁸

Another study surveying residents attending a health fair in Los Angeles County (140 miles from the United States-Mexico border) revealed that 80% of respondents had crossed the border for medical services. The cost of medical services and purchasing medications were cited as reasons for crossing the border — 90% of the surveyed population was uninsured.¹⁹ In 1991, a study by the Lyndon B. Johnson School of Public Affairs reported that pharmacies in the United States charge as much as 10 times more for commonly prescribed drugs than pharmacies on the Mexican side of the border.²⁰ It is also important to point out that in order to cross the border freely people must be documented immigrants or United States citizens. Therefore, many of the participants might have

** Pharmaceutical products such as antibiotics and analgesics can be obtained at a lower cost and through easy access without a doctor's prescription. The cost of medical services is lower than in the United States (an office visit in Juarez costs \$20-40, without the need of a scheduled appointment—in El Paso the cost is between \$50-150, with long waiting periods to get an appointment, plus medication costs). In addition, Hispanics often prefer to receive medical attention from an Hispanic doctor who speaks their language and whom they feel gives them more personalized care. (Commentary by Dr. Bertha Armendariz)

Otro estudio basado en entrevistas a residentes del Condado de Los Ángeles (situado a 140 millas de la frontera Estados Unidos-México), asistentes a una feria de salud, revela que el 80% de los entrevistados habían cruzado la frontera para obtener servicios médicos. La principal razón citada para cruzar la frontera fue el costo de los servicios médicos en los Estados Unidos y la compra de medicamentos –90% de la población encuestada no tenía seguro médico.¹⁹ En 1991, un estudio realizado por la Escuela de Asuntos Públicos Lyndon B. Jonsón, reportó que las farmacias en los Estados Unidos cobran hasta 10 veces más por los medicamentos comúnmente recetados, que las farmacias en México.²⁰ Es también importante resaltar que para cruzar la frontera uno debe portar un documento de residencia o de ciudadanía americana, lo que nos da a entender que muchos de los participantes podrían haber recibido atención médica patrocinada por el gobierno, como por ejemplo Medicaid. El hecho que crucen la frontera en busca de atención médica sugiere que no tenían conocimiento de sus beneficios.

Después de la reforma de inmigración de 1996, muchos migrantes no sólo perdieron sus beneficios de atención de salud a través de programas estatales o federales, sino que también tuvieron miedo de ser considerados carga pública. “Carga pública” es el término utilizado para nombrar a un “individuo que no puede subsistir sin ayuda del gobierno.”²¹ A pesar que el gobierno haya publicado guías para evitar la preocupación de considerarse carga pública, las personas que están en proceso de modificar su estado de inmigrante (o el de algún miembro de su familia), todavía tienen el temor de solicitar servicios públicos, tales como WIC (Mujeres y Niños) o Medicaid. Este temor a considerarse carga pública dificulta que las mujeres migrantes apliquen para Medicaid de acuerdo con la Ley de Prevención y Tratamiento de Cáncer de Seno y Cervical de 2000.

El Futuro de los Exámenes Exploratorios de Cáncer y Recomendaciones de MCN

La eliminación del cáncer como problema determinante de salud y la preservación de vidas humanas a través de la prevención requieren de esfuerzos permanentes de parte del gobierno, así como de las organizaciones no gubernamentales y de investigadores privados. La comprensión de las diferencias entre grupos socioeconómicos, raciales y étnicos puede proporcionarnos las respuestas a las múltiples preguntas sobre las disparidades en atención de salud. Sin embargo, la reducción de las disparidades no es una tarea fácil. Mejorar el acceso a los servicios de salud e implementar programas dirigidos a las poblaciones con servicios de atención médica deficiente son tareas importantes que ayudarán a corregir las desigualdades en salud. Las autoridades políticas tienen la responsabilidad de realizar los cambios necesarios en el sistema de salud de los Estados Unidos, pero el ayudar a las personas a tener acceso a servicios de atención médica y enseñarles cómo cuidar su salud es la obligación de toda persona que trabaja en el campo de la salud.

La investigación e información sobre el estado de salud de los trabajadores migrantes e hispanos en general es restringida, y por lo tanto es difícil desarrollar políticas públicas y cambios de sistema. Los nuevos instrumentos de recolección de información deben incluir información sobre raza y tipo étnico dentro del subgrupo de los hispanos. Los indicadores socioeconómicos deben aplicarse independientemente de raza y grupo étnico para observar la diferencia en tasas de pobreza por subgrupo. La recolección de información precisa sobre trabajadores migrantes permitiría una mayor investigación y contribuiría a reducir las barreras para la atención de salud y aumentar la promoción de la salud entre los trabajadores migrantes. (Figura 7, Datos Mas Recientes sobre las Características Socioeconómicas y Cuidado Medico por Raza y Grupo Étnico, página 32.)

Existen pocos materiales educativos que sean cultural y lingüísticamente apropiados para esta población, y que a la vez estén dirigidos a la prevención del cáncer y a la detección temprana. Para resolver este déficit, CAN-track ofrece una serie de materiales educativos sobre la prevención y detección temprana de cáncer, editados por diferentes agencias. La mayoría de los materiales son bilingües y pueden obtenerse en la página Web de MCN.

Existe un déficit de programas que ofrezcan servicios de prevención para trabajadores migrantes, y que toman en cuenta las barreras que esta población enfrenta. El Congreso de los Estados Unidos recientemente autorizó una ley de navegación para pacientes, promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas (Patient Navigator and Outreach, y la Ley de Prevención Crónica de 2003 -

been eligible for government-sponsored health care, such as Medicaid. The fact that they crossed the border for medical care suggests that they were unaware of this eligibility.

After the immigration reform of 1996, many migrants not only lost their health care benefits through state and federal sponsored programs, but grew afraid of becoming a public charge (an individual who is likely to become “primarily dependent on the government subsistence”).²¹ Even though the government has issued guidelines to alleviate concerns about becoming a public charge, immigrants who are in the process of modifying their immigration status (or that of their family members), are still afraid of applying for public services, such as WIC (Women, Infants and Children) or Medicaid. This fear makes it harder to convince migrant women to apply for Medicaid in accordance with the Breast and Cervical Cancer Prevention and Treatment Act of 2000.

The Future of Cancer Screening and MCN Recommendations

Eliminating cancer as a major health problem and saving lives through prevention will require sustained efforts on the part of the government, non-profit organizations and private researchers. Understanding differences between different socioeconomic, racial and ethnic groups can provide answers to the many questions health care disparities present. The reduction of disparities is no simple task. Improving health care access and implementing programs that target underserved populations will play an important role in correcting inequalities. Making necessary changes to the United States health care system is the responsibility of the elected state representatives, but helping people access health services and teaching them how to be proactive about their health is the obligation of all the people who work in health care.

Research and data on the health status of migrant workers, and Hispanics in general, is limited and thus hinders the development of public policies and system change. New data collection instruments should include race and ethnic data by Hispanic subgroup. Socioeconomic indicators should be applied independently of race and ethnicity to allow for differences in poverty rates by subgroup. Accurate collection of data on migrant workers would allow for increased research and will contribute to reducing health care barriers and increasing health promotion among migrant workers. (Figure 7, Most Recent Available Data on Socioeconomic Characteristics and Medical Care by Race and Ethnicity, page 32.)

There are few educational materials that are culturally and linguistically appropriate to this population and focus on cancer prevention and early screening. To fill this void, CAN-track offers a collection of educational materials produced by diverse agencies on the subject of cancer prevention and early detection. Most materials are bilingual and can be downloaded at the MCN website.

A gap exists in the number of programs that provide preventive care for migrant workers and address the singular barriers this population faces. Recently approved by Congress, the Patient Navigator, Outreach, and Chronic Disease Prevention Act of 2003 (H.R. 918 and S. 453) authorizes the National Cancer Institute (NCI), HRSA and Indian Health Services (IHS) to award grants for model programs that provide prevention, early detection, treatment, and appropriate follow-up care services for individuals from health disparity populations with cancer and chronic diseases.²² This legislation demonstrates the need for programs, such as CAN-track, that assist patients with health care access. In accordance with the high degree of interest, CAN-track assists patients with navigating the health care system, helps mobile populations access health care services, provides culturally and linguistically appropriate health care education, and encourages health care prevention. CAN-track serves as a central point of reference and information to mobile populations and the health care providers who serve them, linking patient and provider beyond city, county, state and national borders. CAN-track is committed to increasing screening rates and reducing rates of mortality from breast, cervical and colon cancer. It is CAN-track’s goal to increase health care access and improve continuity of care for all mobile populations. ■

H.R. 918 y S.453). Esta ley autoriza a las agencias National Cancer Institute (NCI), HRSA e Indian Health Services (IHS) solicitar propuestas para el financiamiento de programas, que incluyan prevención, detección temprana, tratamiento y seguimiento apropiado de atención de salud, para individuos que pertenecen a poblaciones con disparidades de salud y que tienen cáncer y/o enfermedades crónicas ²² (legislación que se encuentra en la sesión de congreso numero 108). Esta legislación demuestra la necesidad de programas, tales como CAN-track, que ayuden a los pacientes a tener acceso a la atención médica. De acuerdo al actual interés que se tiene, CAN-track asiste a los pacientes a navegar el sistema de atención médica, ayudando a las poblaciones móviles a tener acceso a los servicios de salud, proporcionando educación en salud, cultural y lingüísticamente apropiados, y fomentando de esta forma la prevención. CAN-track sirve como punto central de referencia e información para poblaciones móviles y personal de salud, conectando al paciente y al médico más allá de las ciudades, condados, estados y fronteras nacionales. CAN-track está dedicado a aumentar el número de exámenes de exploración y a reducir la tasa de mortalidad por cáncer de seno, cervical y de colon. La meta de CAN-track es aumentar el acceso a los servicios de salud y mejorar la continuidad del tratamiento médico en poblaciones móviles. ■

Figure 7

Most Recent Available Data on Socioeconomic Characteristics and Medical Care by Race and Ethnicity

Datos Mas Recientes sobre las Características Socioeconómicas y Cuidado Médico por Raza y Grupo Étnico

Racial/Ethnic Group	% With Income Below Poverty Level ¹	% Graduated High School ³	% Under age 65 with No Health Coverage ⁴	With No Regular Source of Medical Care
Grupo Étnico	% Ingresos por debajo del nivel de pobreza	% Graduado de Escuela Secundaria	% Menos de 65 años SIN Seguro Médico	Sin un Lugar Donde Recibir Atención Médica Regular
White (non-Hispanic)	8.0	85.5	11.9	13.9
African American	24.1	72.3	19.2	16.7
Hispanic-Latino	21.8	52.4	34.8	30.8
American Indian/Alaska Native ²	27.1	70.9	33.4	15.9
Asian	10.1	80.4	17.1	18.5

Sources:

- ¹ Poverty rate as of 2002 for White (non-Hispanic), African-American, Hispanic-Latino, and Asian. Poverty in the United States, 2002, US Census Bureau September 2003
- ² Poverty rate as of 1999 to 2000 for American Indian/Alaska Native population. Poverty in the United States, 2000. US Census September 2001
- ³ Education Attainment, 2000 Census 2000 Brief, US census Bureau, August 2000
- ⁴ Health, United States, 2003 With Chartbook on Trends of Americans, Hyattsville Maryland, 2003

Fuentes:

- ¹ Tasa de pobreza hasta el año 2002 para Blancos (no hispanos), Afro-americanos, Hispanos-Latinos, y Asiáticos. La Pobreza en los Estados Unidos, 2002, Oficina de Censo de los Estados Unidos, Septiembre 2003
- ² Tasa de pobreza del año 1999 al 2000 para Indios Americanos y Nativos de Alaska. La Pobreza en los Estados Unidos, 2000, Oficina de Censo de los Estados Unidos, Septiembre 2001
- ³ Obtención de Educación, 2000 Reporte del Censo 2000. Oficina de Censo de los Estados Unidos, Agosto 2000
- ⁴ Salud, Estados Unidos, 2003 Con gráficos sobre las tendencias de la población Americana, Hyattsville Maryland, 2003

References

1. Institute of Medicine. *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare*. Washington, DC: The National Academies Press; 2003.
2. Ward E, et al. Cancer Disparities by Race/Ethnicity and Socioeconomic Status, *CA Cancer J Clin* 2004; 54:78-93
3. <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm> accessed 6/20/04
4. Brody JG, Rudel RA. Environmental pollutants and breast cancer, *Environ Health Perspect* 2003;111:1007-1019
5. Petralia SA, et al. Risk of premenopausal breast cancer in association with occupational exposure to PAH and benzene, *Scand J Work Environ Health* 1999; 25:215-221
6. Band PR et al. Identification of occupation cancer risks in British Columbia: a population based case-control study of 995 incident breast cancer cases by menopausal status, controlling for confounding factors. *J Occup Environ Med* 2000; 42:284-310
7. Duell EJ et al. A population based case-control study of farming and breast cancer in North Carolina, *Epidemiology* 2000; 11:523-531
8. O'Brien K, et al. Cancer Statistics for Hispanics, *CA Cancer J Clin* 2003; 53:208-226
9. United States Bureau of the Census, Hispanic and Asian Americans Increasing Faster than Overall Population, July 14, 2004 <http://www.census.gov/Press-Release/www/releases/archives/race/001839.html> accessed July 2004
10. Jemal A. et al, Cancer Statistics, 2004. *CA Cancer Journal for Clinicians* 2004; 54:8-29
11. Giuliano AR, et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: Implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiol BioMarkers Prev* 2001; 10: 1129-1136.
12. Becker TM, et al. Cervical papillomavirus infection and cervical dysplasia in Hispanic, Native American, and non-Hispanic white women in New Mexico. *Am J Public Health* 1991; 81: 582-586
13. Wells BL, Horm JW. Targeting the underserved for breast and cervical cancer screening: The utility of ecological analysis using the National Health Interview Survey. *Am J Public Health* 1998; 88: 1484-1489
14. Seeff LC et al. Patterns and predictors of colorectal cancer test use in the adult U.S. population. *Cancer*. 2004; 100(10):2093-103
15. <http://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/bccpdfs/publ354-106.pdf> accessed 6/20/04
16. National Center for Health Statistics. National Health Interview Survey. Accessed June 2004 http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_222.pdf
17. S Guendelman et al. Cooperation in health care across the US-Mexico border: The Palomas / Columbus experience. *Border Health*; 5(1):15-20.1992
18. Suarez, E. *Health Profiles of Ciudad Juarez, Chihuahua, FEMAP*, 1998
19. *Health care across the border: The experience of U.S. citizens in Mexico* (Policy Report No. 5). U.S.-Mexican Policy Studies Program, Lyndon Baines Johnson School of Public Affairs, Texas.
20. Reed K L, *Crossing the Border for Health Care Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 2001;12:177.
21. <http://www.cbpp.org/1-7-00imm.htm> Fremstad Shawn The INS Public Charge Guidance: What Does it Mean For Immigrants Who Need Public Assistance? 64 Fed. Reg. 28689.
22. US congress of the Patient Navigator, Outreach, and Chronic Disease Prevention Act of 2003 (H.R. 918 and S. 453) <http://olpa.od.nih.gov/legislation/108/pendinglegislation/patnavigator.asp>



Migrant Clinicians Network

P.O. Box 164285

Austin, TX 78716

512-327-2017

www.migrantclinician.org
