

**Retraso en el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que reciben
tratamiento en la ciudad de Bogotá**

Adriana Marcela Solano Cristiano
Natalia Guerra Niño

Maestría en Gestión y Políticas de Salud
Facultad Ciencias Económicas y Administrativas
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Bogotá D.C., Mayo de 2020

**Retraso en el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que reciben
tratamiento en la ciudad de Bogotá**

*Trabajo de investigación para optar por el título de maestría en gestión y
políticas de salud*

Adriana Marcela Solano Cristiano

Natalia Guerra Niño

Asesor:

Dr. Fredy Guillermo Rodríguez Páez. MD, ESP, MSP

Maestría en Gestión y Políticas de Salud
Facultad Ciencias Económicas y Administrativas
Universidad Jorge Tadeo Lozano
Bogotá D.C., febrero de 2020

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Expresamos nuestros más sinceros agradecimientos a:

*Nuestro asesor de trabajo de grado, Fredy Guillermo Rodríguez Páez,
por su dirección*

*A la persona que inspiro este trabajo Ángela María Sosa Quintero por cada una de sus
valiosas orientaciones, por creer en nosotras y motivarnos cada día a seguir creyendo
en este proyecto, ya que sin su ayuda incondicional, no hubiéramos podido pasar cada
uno de los obstáculos que se presentaron a lo largo de este proceso.*

*Nuestra asesora, profesora Ivonne Constanza Valero,
por sus continuas asesorías y tiempo dedicado a nuestro proceso de
formación en la investigación.*

*A nuestros docentes,
por cada uno de los conocimientos que no brindaron para la construcción de este
documento*

*A las personas que decidieron participar en el proceso investigativo y que siempre
estuvieron dispuestas a brindarnos su ayuda en cada uno de los momentos y
actividades que se dispusieron para esta investigación.*

Dedicamos este trabajo a:

Dios, fuente de conocimiento y sabiduría.

Nuestros padres, por su inmenso amor y apoyo.

Nuestros familiares y amigos, por su constante apoyo.

Resumen

La formulación y análisis de políticas públicas en salud pro de mejorar la calidad de la atención durante la prestación de servicios de salud a la población colombiana, motiva a los gestores de políticas en salud a investigar sobre problemáticas que afecten la calidad de la atención. Con el fin de mejorar la calidad, efectividad y eficacia de la prestación de los servicios de salud en nuestro país, se estudiaron las barreras de acceso para el diagnóstico oportuno y el tratamiento precoz del cáncer de mama en Colombia, a través de entrevistas a algunos usuarios que padecen esta enfermedad y se encontró que la mayoría de pacientes que participaron en el estudio acudieron a 4 o más citas médicas para ser diagnosticadas y más de la mitad utilizaron más de 3 IPS durante el proceso de diagnóstico, del mismo modo fue manifestado por varias de las entrevistadas que existen ciertas barreras de acceso geográficas, conllevando esto último a una mayor demora para la asistencia a las citas médicas asignadas y como consecuencia de esto sigue transcurriendo y el diagnóstico se retrasa aún más en ser establecido,

Palabras claves: Neoplasias de la mama, accesibilidad a los servicios de salud, detección precoz del cáncer, políticas públicas de salud.

Abstract

The formulation and analysis of public health policies to improve the quality of attention during the provision of health services to the Colombian residents, motivates to health policy advisers to investigate about the problems that affect the quality of attention. This is why research is the best ally in the creation and analysis of each of the current policies which the health sector promote for the attention in our country, providing to each new adviser tools necessary to generate solutions to current public policies, with sole purpose of improve the effectiveness and the efficacy of the provision of health services in our country. For this reason it was decided to study the access barriers that are available for the timely diagnostic and early treatment of breast cancer in Colombia, through of interviews with some users who suffer from this disease, since this is cataloged as a public health problem in our country. It was found that the majority of the patients who participated in the study showed up at 4 or more appointments to be diagnosed, and more than half used more than 3 IPS during the diagnostic process. It was likewise stated by several interviewees that there are certain geographic access barriers, leading to a greater delay for attendance to assigned medical appointments, and as a result of this time continues to go by and establishment of the diagnosis is delayed even more.

Keywords: breast neoplasm, access to health services, early detection cancer, public health policies.

Contenido

1	Introducción.....	12
2	Planteamiento del Problema	14
2.1	Pregunta de Investigación.....	17
2.2	Objetivo General	17
2.2.1	Objetivos específicos	17
2.3	Justificación	17
3	Marco Referencial	20
3.1	Marco Teórico	20
3.1.1	Fisiopatología del Cáncer	20
3.1.2	Acceso y Barreras de Acceso.....	22
3.2	Marco Normativo.....	25
3.3	Antecedentes investigativos.....	26
3.4	Estado del Arte	28
4	Diseño Metodológico.....	32
4.1	Desarrollo del Diseño Metodológico	32
4.1.1	Criterios de Selección de la Muestra:	33
4.1.2	Criterios de Exclusión:	33
4.1.3	Nombre de las Variables.....	33
4.2	Instrumento para la Recolección de los Datos.....	34
4.3	Consideraciones Éticas.....	34
5	Resultados	36
5.1	Análisis y Discusión	43
6	Conclusiones y Recomendaciones	46
6.1	Conclusiones	46
6.2	Recomendaciones	47
6.2.1	Limitaciones.....	47
7	Referencias Bibliográficas.....	48
8	Anexos	52

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama en Colombia... 25

Lista de gráficos

Gráfica 1 Distribución por grupo etario.....	36
Gráfica 2 Distribución por régimen.....	36
Gráfica 3 Porcentaje de citas con médico general o especialista antes de recibir su diagnóstico oncológico.....	37
Gráfica 4 Numero de IPS a las que acuden para el diagnóstico de cáncer.....	38
Gráfica 5 Porcentaje de tiempo transcurrido entre la primera consulta médica por sintomatología sugestiva de cáncer de mama y el momento en que recibió diagnóstico de cáncer.....	38
Gráfica 6 Gran distancia de las IPS con respecto al lugar de vivienda.....	39
Gráfica 7 Porcentaje de pacientes que acudieron a la opción de tutela.....	40
Gráfica 8 Porcentaje de paciente que cuando consultaron por primera vez al presentar algún síntoma sugestivo de cáncer, el medico solicito algún examen diagnostico o remitió algún especialista.....	40
Gráfica 9 Porcentaje de paciente que cuando consultaron por primera vez al presentar algún síntoma sugestivo de cáncer, el medico solicito algún examen diagnostico o remitió algún especialista.....	41
Gráfica 10 Demora en las citas con especialistas.....	42
Gráfica 11 Cambios de IPS durante el tratamiento por fin de la contratación con esa EPS.....	42

Lista de Anexos

Anexo 1 Consentimiento informado	53
Anexo 2 Entrevista	54
Anexo 3 AUTORIZACION PARA EL EMPLEO DEL INSTRUMENTO UTILIZADO PARA RECOLECCION DATOS.....	58
Anexo 4 Marco Normativo.....	59

1 Introducción

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuentemente diagnosticado y es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres a nivel mundial Jemal A (citado por el Ministerio de salud y protección social, 2019). Las tasas de incidencia de este tipo de cáncer se encuentran en un crecimiento continuo en todos los países. Aunque las cifras de mortalidad están disminuyendo en muchos países de ingresos altos, continúan aumentando en países de medianos y bajos ingresos; esta variación entre los países del mundo es explicada en gran medida por un mayor acceso a los servicios de detección temprana y a los avances en el tratamiento.

Con el fin de abordar esta problemática, se analizan las causas que generan un retardo en el diagnóstico de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, relacionadas con el sistema de salud, a partir de un número específico de casos individuales construidos desde la perspectiva de quienes sufren esta enfermedad con base en las experiencias particulares.

El propósito es poder identificar de primera mano cuales son las causas atribuidas al sistema de salud o proceso de atención que generan retardo en el diagnóstico, es decir aquellos que están relacionados con el sistema o proveedor de servicios, entendidas como barreras de acceso, que contribuyen con la demora en el dictamen temprano del cáncer de mama de las mujeres que residen en la capital colombiana.

Es clave para esta investigación, el relacionar las actuales políticas públicas que se tienen implementadas para la atención de un grupo específico de personas en nuestro país, mediante la identificación de las principales falencias que se tienen a la hora de la ejecución las mismas; es por ello que el grupo investigador, analiza y menciona a la luz de las actuales políticas públicas, cuales son las principales barreras de acceso que se tienen para el diagnóstico oportuno de la enfermedad. Para ello, se optó por un estudio cualitativo, mediante la aplicación de una encuesta a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, afiliadas a diferentes regímenes de salud y expuestas a diferentes condiciones socioeconómicas.

La información que se presentará a continuación recopila algunos de los estudios que se han generado sobre el tema y se organizará de tal manera que primero se revisará la situación actual del cáncer de mama a nivel mundial y nacional. En segundo lugar, se resumirá lo que se ha dicho sobre retraso en el diagnóstico de manera genérica, para luego enfocarlo específicamente al retraso atribuido al proceso de atención y el sistema de salud. Para finalmente integrar estos conceptos y poder comprender la información que existe acerca del retraso en el diagnóstico en mujeres con neoplasia de mama.

Capítulo I.

2 Planteamiento del Problema

La incidencia de casos que se presentan a nivel mundial relacionados con el cáncer de mama se encuentra que “de acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en Ingles) el cáncer de mama es el más diagnosticado y la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres. Se estima que en el año 2012 se presentaron 1.7 millones de casos nuevos de esta enfermedad (25% de todos los canceres en mujeres) y 0.5 millones de muertes (15% de todas las muertes por cáncer en mujeres)” (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2017).

Teniendo en cuenta a la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el cáncer de mama se sitúa en 2º lugar en incidencia en España, EEUU y otros países, por encima del cáncer de próstata con 32.825 casos nuevos en 2018. Por otra parte, la OPS, menciona que cada año en las Américas, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. Si las tendencias actuales continúan, para el año 2030, se prevé que el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama aumente en un 34% en las Américas.

El cáncer es la segunda causa de muerte en América Latina y el de mama es el tumor que más vidas se cobra entre las mujeres latinoamericanas, según cifras de la Organización Panamericana de Salud (OPS). El cáncer de mama está aumentando especialmente en los países en desarrollo, donde la mayoría de los casos se diagnostican en fases avanzadas.

La mortalidad para Colombia en el año 2002 según el Instituto Nacional de Cancerología, fue de 9.2 por cada 100.000 mujeres (Instituto Nacional de Cancerología, 2002). Giraldo, Ceballos, (2011). El cáncer de mama es el cáncer más común en las mujeres, tanto en el plano mundial como en la región de las Américas. En muchos países desarrollados, la mortalidad por este cáncer ha mostrado una tendencia significativa al descenso durante los últimos veinte años, esto se ha atribuido a los avances en el tratamiento y a la implementación de programas organizados de tamizaje (Piñeros, 2011). En Colombia y en otros países de la región, el cáncer de mama

empieza a perfilarse como un problema de salud pública, con un incremento en la incidencia y en la mortalidad y con una razón incidencia/mortalidad desfavorable, lo que se ha atribuido principalmente a problemas en el desempeño de los servicios de salud (Lozano-Ascencio, 2009).

Según el Ministerio de Salud y Protección social, el cáncer es considerado un problema importante de salud pública en Colombia, en donde el número de enfermos y personas muertas por esta causa ha incrementado en los últimos años. Las cifras muestran que cerca de 96 individuos mueren cada día en Colombia por eventualidades relacionadas con esta patología (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.). Es importante mencionar que “las zonas de mayor riesgo para la presentación del cáncer en general están concentradas en el Eje Cafetero, Antioquia, Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander, Bogotá y Meta” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.).

El retraso en el dictamen clínico de pacientes que padecen una enfermedad como lo es el cáncer, es una problemática que se asocia generalmente con bajos índices de supervivencia, ya que se disminuyen las posibilidades de superar o curar esta patología cuando se diagnostica y trata en estadios tardíos. Ahora bien, dicha situación se mide en términos de temporalidad y se presenta cuando se da un lapso mayor de tres meses entre el descubrimiento del síntoma por parte del paciente y el comienzo del tratamiento médico Saldaña & Castañeda, (2009).

Pese a que el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia ha venido trabajando y generado políticas encaminadas al diagnóstico temprano de enfermedades como el cáncer mediante actividades de promoción y prevención y, concretamente para el caso de cáncer de seno, incentiva a realizar el autoexamen de mama, aún se presentan falencias en el sistema que ocasionan retraso en el diagnóstico. Según el Ministerio de Salud, 3.500 nuevos casos de cáncer de mama son detectados cada año en Colombia, de los cuales casi el 40% son diagnosticados en fases ya avanzadas. La detección precoz a fin de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los casos de cáncer de mama sigue siendo la piedra angular de la lucha contra este cáncer.

El “58% de las mujeres identificadas con cáncer de mama invasivo en Colombia son diagnosticadas en estadios avanzados” (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2016, pág. 69), lo cual disminuye la posibilidad de brindar un tratamiento con fines curativos a este tipo de pacientes singularmente, ya que son ellas las que han vivido las situaciones que el sistema de salud actual les presenta para la atención de su enfermedad, es decir aquellos aspectos que están relacionados con el sistema o proveedor de servicios y contribuyen con la demora en el dictamen temprano del cáncer de mama y posterior tratamiento.

La decisión de abordar como única enfermedad al cáncer de mama surge como un interés particular, ya que esta patología en Colombia es catalogada como un problema de salud pública y es considerada como la neoplasia invasiva más frecuente en mujeres, con 37.971 casos confirmados para el año 2015 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2016) y una tasa de mortalidad de 7.3 por 100.000 mujeres, siendo la séptima causa de defunciones dentro de la población femenina. Además, se trata de una patología que genera gran carga a nivel económico para el sistema, por lo que es contemplada como una enfermedad de alto costo (resolución 3974 de 2009).

Para el año 2017 el cáncer de mama en el país fue considerado como la neoplasia invasiva más frecuente en mujeres con 50.887 casos reportados y una tasa de mortalidad de 11.5 por cada 100.000 mujeres (Instituto Nacional de Cancerología). El observatorio de *Así vamos en salud* reporta que, el cáncer de mama es la séptima causa de defunciones en mujeres en Colombia.

Es necesario identificar la importancia que tiene estudiar las causas que generan retraso en el diagnóstico, dado que el pronóstico positivo de los pacientes con cáncer depende en gran medida de un dictamen oportuno; la razón es que este hecho de manera temprana permite identificar la neoplasia en fases curables. Asimismo, la demora en el diagnóstico genera mayores costos económicos al sistema, en vista que a medida que avanza la enfermedad el precio es mayor: se encuentra por ejemplo, que el estadio más costoso para el cáncer de mama en Colombia es el metastásico, con un costo total de \$ 144.400.865 pesos, comparado con el de menor costo que es el cáncer de mama in situ con un valor de \$ 8.996.987 de pesos (Gamboa, y otros, 2016). Por

todo lo anteriormente planteado, se considera importante conocer cuáles son las causas que generan retraso en el diagnóstico en mujeres con cáncer.

2.1 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las principales causas que generan retraso en el diagnóstico y tratamiento en mujeres con cáncer de mama en Bogotá?

2.2 Objetivo General

Analizar las causas que generan retraso del diagnóstico atribuido al proceso de atención en mujeres con cáncer de mama en algunas entidades prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá.

2.2.1 Objetivos específicos

Caracterizar la población femenina diagnosticada con cáncer de mama en algunas entidades prestadoras de salud en Bogotá.

Establecer cuál es la barrera de acceso más recurrente en la población femenina, que incide en el retraso del diagnóstico de cáncer de mama en Bogotá.

2.3 Justificación

Se decidió estudiar las barreras de acceso que se tiene para el diagnóstico y el tratamiento oportuno del cáncer de mama en Colombia, ya que, además de ser enfermedad catalogada como un problema de salud pública, es considerada una enfermedad de alto costo por las consecuencias económicas y sociales que este genera.

Ahora bien, se eligió llevar a cabo el estudio en la ciudad de Bogotá, ya que, según el censo realizado por el DANE del año 2015 de que año, en Bogotá se concentra el 16.34% de la población nacional con 7.878.783 habitantes, de los cuales 4.068.770 son mujeres, además que el territorio donde más se concentra la mortalidad por cáncer de mama es la región central del país (Así vamos en salud). Si revisamos las estadísticas

a nivel local, encontramos que, en Bogotá, el cáncer de mama fue la quinta causa de fallecimiento en mujeres y la primera causa de muerte por cáncer en mujeres para el año 2015 (Secretaría distrital de la mujer).

En el caso específico de Colombia, el sistema de salud obliga a los pacientes a recorrer un proceso de trabas y requerimientos administrativos, que incluso involucra el uso de recursos legales, en el que se ha denominado “El itinerario burocrático de la atención en salud en Colombia” Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L, (2014).

“El actual sistema de salud Colombiano contiene muchas barreras que retrasan el diagnóstico oportuno y el tratamiento de cáncer de mama” (Giraldo & Ceballos G, 2011). Se encuentra que aunque ya existen algunos estudios sobre las causas que determinan que haya un retraso en el diagnóstico, pocas son las investigaciones que se han preocupado por estudiar e identificar de manera juiciosa y particular aquellos factores relacionados con el sistema de salud y/o proveedor, como lo son el acceso físico, acceso económico, normas y procedimientos del sistema, habilidades y conocimientos del profesional de salud, que determinan la demora en el diagnóstico de enfermedades específicas como lo que sucede con el cáncer de mama.

Identificar cuáles son los factores atribuidos al proceso de atención, que determina el retraso en el diagnóstico de mujeres con cáncer de mama, permite de manera directa combatir los costos innecesarios que sugiere esta problemática dentro del sistema de salud en Colombia. Esto además de contribuir al mejoramiento del uso y empleo de los recursos físicos y sociales con los que cuenta el sistema de salud, permite mejorar la calidad en la atención que se les brinda a los usuarios y da la posibilidad de establecer un mínimo de parámetros de “eficiencia, calidad y oportunidad” (Gamboa, y otros, 2016). El cáncer de mama detectado tempranamente disminuye en un 25% la probabilidad de morir por esta causa (Boletín de información especializada. Calidad en la atención. Caso cáncer de mama, 2017).

Dadas las características de la tasa de mortalidad por cáncer en Colombia y conociendo que en un 60 a 70% de los casos esta puede modificarse y según estudios anteriormente mencionados, impactan en forma negativa en el seno de las familias Colombianas y más profundamente en la persistencia de menos oportunidades para los familiares de estas personas, además del desconocimiento de su repercusión negativa

de cuánto cuesta el no producir mientras se está enfermo, o cuanto es el costo por haber muerto en forma prematura en los momentos más productivos de su vida, este problema pone de manifiesto las desigualdades y desequilibrios en las oportunidades.

Se considera que el aporte de la presente investigación además de ser académico también tiene un enfoque práctico. De manera preliminar, este trabajo busca contribuir con un ejercicio minucioso que sugiere la construcción de políticas públicas que permitan gestionar de manera acertada la salud en el país, que para el caso que ocupa, es cómo contrarrestar la demora en el dictamen de enfermedades como el cáncer de mama, porque es una problemática que afecta de manera directa la vida físico-social del paciente y al sistema de salud en general.

Conviene resaltar que existen muchos factores que generan retraso en el diagnóstico, pero para efectos de esta investigación se revisaran los factores asociados al proceso de atención es decir aquellos relacionados con el sistema de salud específicamente asociados a barreras de acceso y oportunidad.

Capítulo II.

3 MARCO REFERENCIAL

Con el fin de dar claridad a cada uno de los conceptos que se abordan en esta investigación, a continuación se dará a conocer desde el ámbito teórico y normativo, la forma como se encuentra estructurada esta investigación, dando herramientas claves al lector para identificar la importancia y relevancia que tiene este tema en nuestro país. Finalmente se ha diseñado un capítulo que explica la metodología que abordaron las investigadoras, con un posterior análisis de la recolección de la información a lo que el grupo investigador tituló diseño metodológico.

3.1 Marco Teórico

3.1.1 Fisiopatología del Cáncer

El término cáncer abarca un sin número de categorías y tipologías dentro de las cuales se encuentra la neoplasia de mama, que es la patología en la que se concentra la presente investigación. El cáncer de seno, como también se nombra a esta enfermedad, según La Asociación Americana del Cáncer “se origina cuando las células en el seno comienzan a crecer en forma descontrolada. Estas células normalmente forman un tumor, que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia, masa o bulto. El tumor es maligno, cancerígeno si las células pueden crecer penetrando los tejidos circundantes o propagándose a áreas distantes del cuerpo. El cáncer de seno ocurre casi exclusivamente en las mujeres, pero los hombres también lo pueden padecer” (Sociedad Americana contra el Cancer, 2017).

En términos biológicos el cáncer ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células”. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a

factores de riesgo tales como, el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (Eduardo Liceaga, 2017).

El cáncer es considerado una de las enfermedades que se asocia al instante con la muerte inevitable, pero a su vez es significado de dolor y cansancio infinito, lo han convertido en un padecimiento de interés para expertos y para la población en general, aunque los logros en el diagnóstico temprano y en la terapéutica son alentadores y recalcan el pronóstico, no deja de ser una enfermedad fatal. Sin duda alguna se ha convertido en un tema primordial y preocupante para la salud pública como ya se mencionó.

De ahí que, abordar una enfermedad como el cáncer de mama que día tras día cobra más importancia en la población femenina, implica considerar el enfoque de género, el enfoque de derechos y el enfoque de riesgo. El enfoque de género plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones de riesgo, económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

Embriología. Las mamas no son más que glándulas sudoríparas altamente especializadas. En el embrión, a la 6^a – 7^a semana de gestación aparece un engrosamiento ectodérmico bilateral que se extiende desde las regiones axilares hasta las regiones inguinales (las llamadas crestas mamarias); en la especie humana esta cresta mamaria desaparece en el embrión con cerca de 15mm, quedando sólo reducida a la región torácica anterior. La persistencia de esta cresta en la especie humana lleva a la aparición de mamas o pezones supernumerarios en la vida adulta (Polimastia y/o Politelia). Alrededor del 7^o mes, ya se formaron los conductos galactóforos y se inicia la formación de los ácinos, estas formaciones constituyen la base de las unidades ducto lobulares.

Anatomía. A pesar de las diferentes formas y volúmenes mamarios, la mama se extiende del 2^o al 6^o arco costal y entre la línea para-esternal y la axilar anterior. Hay que considerar la cola de Spencer o prolongación axilar que tiene una forma cónico piramidal y que se extiende hasta los límites de la axila, el complejo areola-pezón está implantado a nivel del 5^o arco costal y contiene numerosas fibras musculares lisas cuya

función es de proyectar el pezón por inervación involuntaria, los diversos conductos terminan cada uno en un orificio del pezón.

Fisiología. A partir del momento en que comienzan a existir variaciones cíclicas hormonales, éstas van a repercutir sobre la mama. Así, en la fase lútea del ciclo puede ocurrir retención de líquido, causando ingurgitación, sin que esto produzca alteraciones citológicas o histológicas.

En la gravidez y lactancia sí se producen profundas alteraciones con marcado crecimiento lobular, desarrollándose también nuevas unidades funcionales. La mama aumenta sustancialmente de volumen debido a retención hídrica, las venas superficiales se tornan más evidentes y la areola y pezón se pigmentan adquiriendo un color más oscuro. La formación de calostro se inicia hacia el 4º mes de gestación y la leche verdadera se comienza a producir al 2º día postparto, por elevación de los niveles de prolactina.

3.1.2 Acceso y Barreras de Acceso

Cuando un individuo es diagnosticado con cáncer se enfrenta a una serie de cambios sociales, laborales, económicos y psicológicos, que sin lugar a duda generan disminución en la calidad de vida, tanto individual como colectiva, razón por la que el cáncer “impone un reto para el sistema de salud, de modo que éste logre generar intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para disminuir la incidencia, mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados, reducir la discapacidad y mortalidad generadas por las diferentes presentaciones de la enfermedad” (ONC Observatorio Nacional de Cancer, 2018).

Cuando se habla de barreras de acceso y oportunidad, es indispensable reconocer que existen tres dimensiones. “La primera es el acceso físico, que se refiere a la disponibilidad en las distintas partes de un país de servicios de salud buenos y razonablemente completos y que ofrecen horarios y otras comodidades que permiten a los usuarios obtener los servicios cuando los necesitan. La segunda dimensión es el acceso económico, que consiste en las disposiciones monetarias que afectan la capacidad para hacer uso de los servicios y entre las cuales se encuentran no solo los

honorarios, sino también los costos indirectos (por ejemplo, los de transporte). El tercero es la aceptabilidad sociocultural, que representa la voluntad para solicitar los servicios y que denota la capacidad de estos para adaptarse y responder a las situaciones reales y requisitos sociales y culturales de la población” (Organización Panamericana de la Salud).

“El debate actual en torno a las inequidades en salud da cabida a nuevos términos y definiciones que son útiles para caracterizar aspectos importantes del problema. Uno de estos términos —inequidades estructurales— se refiere al modo en que las normas y procedimientos que son parte integrante de determinados sistemas, como el sistema de bienestar social, el económico, el jurídico y el de la salud, redundan en una distribución desigual de los determinantes de la salud. Así pues, las inequidades son estructurales porque se arraigan en las organizaciones políticas y económicas, y son violentas porque hacen daño a las personas” (Organización Panamericana de la Salud).

Es evidente que dentro de las diferentes teorías de generación de políticas públicas no podría venir de arriba hacia abajo y no podría en principio solo alimentar o saciar el hambre del poder o el mantenimiento de este a través de reforzar los valores sociopolíticos que legitimen su accionar ante el pueblo. Por eso es necesario a través de este trabajo impulsar el actuar de las autoridades públicas y la única manera es sumar toda esta problemática social, educativa y política, que apelan a un debate público a través de una agenda.

Muchos autores definen el concepto de salud, teniendo en cuenta cada uno de los factores que rodean al individuo, dándole importancia a cada uno de ellos y generando así relevancia significativa para la atención integral, se podría mencionar que, debido a la importancia que genera este concepto, podríamos evidenciar algunas dificultades en la accesibilidad de los servicios de salud, sin embargo está a discusión en cada uno de los países los modelos que se implementan para generar políticas públicas y de esta manera garantizar una adecuada atención a la población en general, así lo menciona *“El modelo de atención abre la posibilidad para la atención y las condiciones para otorgar los servicios de salud a la población en general, dejando de lado la exclusión y/o inequidad”*, Sánchez. D. (2017).

Para generar una atención médica integral y sin exclusión, sea por cultura, o por localización geográfica, o estratificación social, los objetivos de las políticas públicas generadas para la atención, deben ir encaminadas a mitigar cualquier distinción que los usuarios pudieran presentar, debe velar porque se cuente con la disponibilidad necesaria para la atención de cada uno de los servicios de salud ofertados en el momento, entendiéndose por disponibilidad, poder contar con la capacidad instalada para una adecuada atención médica y el personal capacitado que atienda estas necesidades, también es importante que, las políticas públicas generadas para la atención, garantice la accesibilidad para que los usuarios puedan hacer uso de ellas, por ende hay que tener en cuenta algunas condiciones como, condiciones geográficas, horarios de atención, por mencionar algunas. La accesibilidad a los servicios de salud también pueden estar mediados a las condiciones socioeconómicas con que la población a atender cuenta, ello quiere decir que, algunos usuarios pueden hacer uso de algunos servicios en salud por su capacidad de pago, según los servicios que la entidad este ofreciendo, y por ende las personas que no cuentan con este recurso se ven obligadas a no tener acceso a algunos servicios en salud. Cabe mencionar que dentro de las políticas públicas la OMS tiene enmarcados 4 elementos para que su impacto sea completo y dentro de ellos se encuentra la accesibilidad, sin embargo, se evidencia que cada país tiene diferentes barreras a los servicios de salud y en el caso colombiano el factor socioeconómico genera una influencia grande en el momento de la atención, a pesar que la OMS la define como:

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población. Evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva. Sánchez. D. (2017).

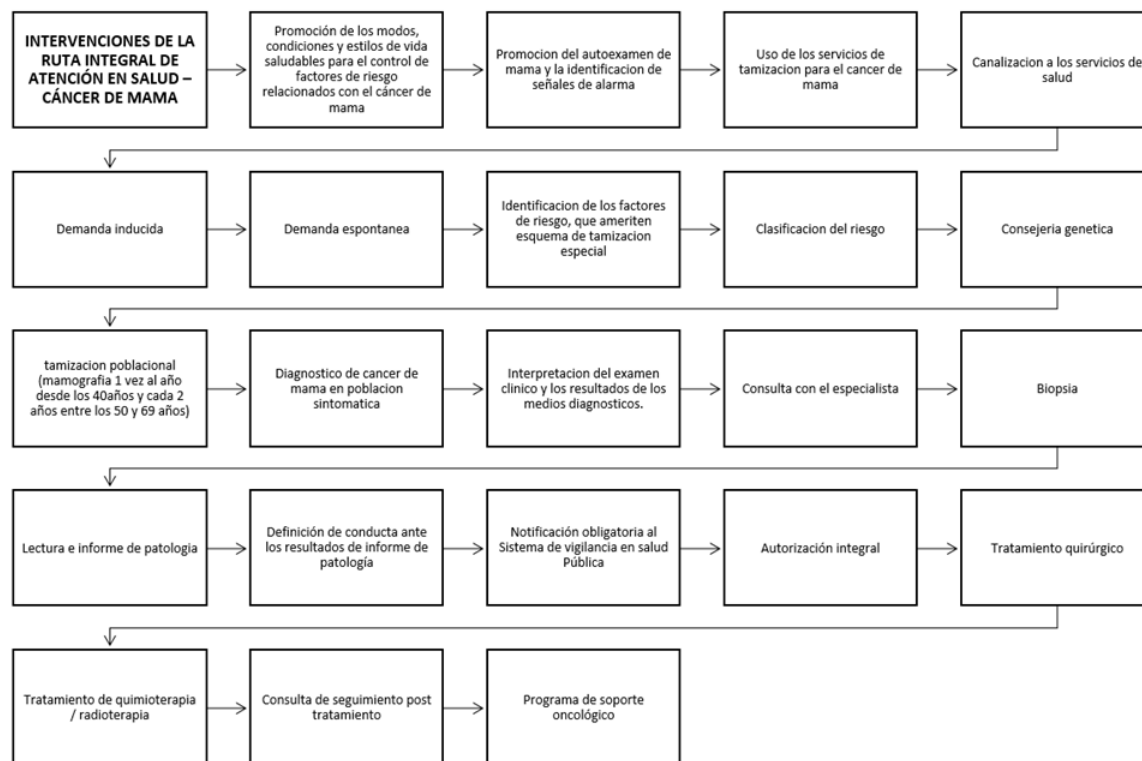
Los primeros autores en tratar el tema de retraso en el diagnóstico de cáncer de mama fueron Picko y Gallo en el año 1938, quienes contemplan que este se divide en retraso del paciente y retraso del sistema o proveedor, concepto que hasta la fecha sigue vigente.

3.2 Marco Normativo

En Colombia existen varias normas relacionadas con la calidad de la atención en salud del cáncer de mama. Ley de cáncer (Ley 1384 de 2010), Ley de competencias territoriales (Ley 715 de 2001), Decreto sobre el Instituto Nacional de Cancerología (Decreto 5017 de 2009), Decreto sobre actividades de promoción, protección específica e inducción de la demanda (Decreto 5017 de 2009) y una resolución que organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y crea el Observatorio Nacional de Cáncer (Resolución 4496 de 2012), Plan Decenal para el control de cáncer en Colombia 2012-2021 (Resolución 1383 de 2013), Rutas Integrales de Atención dentro de la Política de Atención Integral de Salud - PAIS (Resolución 3202 de 2016) y el Modelo de Atención Integral Territorial (Resolución 2626 de 2019) (Ver gráfico 1). Estas, además de las relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y sobre las responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ley 100 de 1993, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011 (ver anexo 4)

En la actualidad, se tiene que la ruta de atención para las pacientes que sufren de cáncer (ver ilustración 1).

Ilustración 1 Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama en Colombia



Fuente: elaborado por los autores con base en la resolución 3202 del año 2016.

3.3 Antecedentes investigativos

Uno de los factores críticos en la atención del cáncer es la oportunidad con la que se instauran los tratamientos. En el cáncer de mama las demoras se han asociado con una menor supervivencia: un tiempo superior a tres meses entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento disminuye la supervivencia global en 12% (Ramirez, 1999). Aunque la pertinencia del enfoque terapéutico es otro factor crítico en la supervivencia, el mayor peso parecería estar en la relación entre la demora y el estadio clínico (Unger-Saldaña, 2009).

Lo anterior ha determinado que algunos países hayan establecido tiempos máximos para contar con el diagnóstico definitivo e inicio del tratamiento de una mujer con sospecha de cáncer de mama. En Chile se establece un máximo de 30 días para la confirmación diagnóstica ante una sospecha, 45 días para la clasificación por estadios desde la confirmación diagnóstica y 30 días para iniciar el tratamiento desde la misma. En otros lugares el énfasis está en la reducción de los tiempos de espera para la

cirugía. Cuando una mujer ha entrado en contacto con los servicios de salud, el tiempo que transcurre entre la primera consulta y el diagnóstico se denomina demora diagnóstica, y el tiempo entre la primera consulta y el tratamiento, demora de tratamiento.

La mayor parte de los estudios en cáncer de mama se han centrado en la demora diagnóstica, mostrando gran variabilidad con demoras que oscilan entre 1.4 y 19% más del tiempo esperado. La demora diagnóstica ha sido mayor en masas auto detectadas, en síntomas diferentes a una masa, en mujeres con mayor grado de escolaridad, y en mujeres más jóvenes. Adicionalmente, las mujeres de grupos menos favorecidos económica y socialmente tienen mayores barreras de acceso que determinan la presentación de cánceres más avanzados y mayores demoras en el tratamiento y en su adherencia. Un estudio colombiano mostró inequidades en el tratamiento de cáncer de mama de acuerdo con el sistema de aseguramiento en salud: las mujeres afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres no afiliadas tuvieron importantes barreras de acceso por los desplazamientos, trámites administrativos y costos de los tratamientos (Velasquez-De Charry, 2009).

Unger-Saldaña concluyeron que “el retraso en el diagnóstico de cáncer de mama depende tanto del paciente como del proveedor, el tiempo medio total entre la apreciación de los síntomas y el inicio del tratamiento fue de 7 meses y el mayor retraso (4 meses) se produjo entre la primera consulta de atención primaria y la confirmación del diagnóstico” (Bright, 2015).

A pesar de que la literatura describe ciertas barreras de acceso que deben enfrentar los usuarios en Colombia, es claro que el sistema de salud en nuestro país debería garantizar a través de políticas públicas en salud, el acceso a los diferentes métodos diagnósticos. Para que cada colombiano independientemente de su condición socioeconómica o grupo étnico pudiera acceder a cada uno de los beneficios que los individuos tienen derecho en igualdad de oportunidades. Sin embargo, la evidencia muestra que existe mortalidad en cánceres prevenibles, en poblaciones en condición de vulnerabilidad, ya que, debido a su condición no reciben un diagnóstico oportuno y, por ende, un tratamiento eficaz, esto lo menciona Piñeros. M, Sánchez. R, Perry. F,

García. O, Ocampo. R, Cendales. R, (2011); y Sánchez et Al, Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L, (2014).

La demora de un diagnóstico y tratamiento oportuno hace que la calidad de vida de los colombianos se vea gravemente afectada, en especial, por las demoras que tienen que ver con las condiciones socioeconómicas de nuestro país, ya que como lo mencionan Sánchez et Al, Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L, (2014), debido a la condición de vulnerabilidad económica de los colombianos, sus derechos no son respetados y esto genera que el índice de mortalidad por la afección de esta enfermedad aumente desmesuradamente en nuestro país, y que no decir, a los sin números trámites administrativos que las aseguradoras derivan como responsabilidad a los usuarios, cuando son las primeras las responsables de brindar las facilidades para que cada asegurado cuente con los servicio de salud a los cuales tiene derecho.

3.4 Estado del Arte

En este apartado se mencionará la forma como se realizó la búsqueda de cada uno de los artículos que permitieron la construcción de esta investigación, y con ello la formación del musculo teórico, de igual manera se mencionara los artículos que tuvieron mayor relevancia para así dar forma a esta investigación.

En primer lugar, daremos a conocer las bases de datos que fueron utilizadas para el rastreo de cada uno de los artículos que el grupo utilizo, con el fin de plantear y formular el marco teórico que es la base de esta investigación, estas son:

1. Google Académico.
2. PubMed

Las palabras claves utilizadas en cada una de las bases de datos anteriormente mencionados fueron:

Oportunidad, diagnóstico, cáncer de mama, neoplasias de la mama, accesibilidad a los servicios de salud, investigación sobre servicios de salud, detección precoz del cáncer, Colombia, costos y análisis de costo, costo de enfermedad, prestación de atención de salud, políticas públicas de salud.

De igual manera se dio prioridad a los artículos y publicaciones de revistas médicas que no tuvieran una edición mayor de 10 años de vigencia, generando mayor

importancia en aquellos que fueron publicados para las Américas (en los idiomas español, portugués e inglés), esto con el fin de hallar problemas similares en el momento de la atención y detección temprana del Cáncer de mama.

Con el fin de contextualizar al lector sobre la presente investigación, se hará mención de algunos artículos de los cuales hubo mayor relevancia para la construcción del marco de referencia y para esto se mencionará el título del mismo y un breve resumen.

1. Título: Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia.

Autores y años de publicación: Guillermo Sánchez, Celmira Laza, Carolina Estupiñán, Laura Estupiñán, 2014.

Resumen: explorar la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud en las historias de mujeres con cáncer de mama, que han recibido apoyo de seis ONG colombianas

Conclusión: Diferentes investigadores han demostrado cómo el estatus de salud o enfermedad tiene una estrecha relación con las condiciones socioeconómicas del individuo, que a su vez están determinadas por la estructura política y el modelo de acumulación de capital.

2. Título: Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia; Revista Colombiana de cancerología.

Autores y año de publicación: Óscar Gamboa, Lina Angélica Buitrago, Teófilo Lozano, Sabrina Dielemana, Carlos Gamboa, Érika León Guzmán, Milena Gil, y Juan Fuentes. 2016.

Resumen: El cáncer de mama en Colombia es una preocupación de salud pública y se hace necesaria la atención de esta neoplasia bajo preceptos de eficiencia, calidad y oportunidad, acoplados al uso racional de los recursos limitados que dispone el país para tal efecto.

Conclusión: La diferencia en los costos del cáncer de mama entre estadios está altamente influenciada por el valor de los costos asociados al tratamiento de quimioterapia.

3. Título: Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia.

Autores y año de publicación: Marion Piñeros, Ricardo Sánchez, Fernando Perry, Oscar Armando García, Rocío Ocampo, Ricardo Cendales. 2011.

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo describir las demoras en la atención para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama y los principales factores relacionados. El estudio se llevó a cabo en Bogotá, la ciudad capital de Colombia, que comparte características similares con otras capitales latinoamericanas en términos de menores índices de pobreza, mayor desarrollo de los servicios médicos y mejor acceso a los mismos.

Conclusión: Las demoras en la atención son excesivas. Hay una clara inequidad y se requieren intervenciones para brindar mayor oportunidad, particularmente para el diagnóstico.

4. Título: Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Revista del Instituto Nacional de Salud.

Autores y año de publicación: Guillermo Sánchez, Carlos Gustavo Niño, Carolina Estupiñán. 2015.

Resumen: El pronóstico de una mujer con cáncer de mama está relacionado con el tiempo que transcurre desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y el tratamiento integral. Las mujeres colombianas enfrentan barreras que afectan su acceso efectivo al sistema de salud.

Conclusión: Según la literatura científica, el pronóstico de las mujeres con cáncer de mama se modifica cuando se accede de manera oportuna al tratamiento. En este grupo de mujeres de Bogotá se encontraron factores socioeconómicos que al parecer determinaron su acceso efectivo al tratamiento, lo que revelaría la existencia de 'inequidades' determinadas socialmente.

5. Título: Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. Autores y año de publicación. Mayor M.C. Martha Rodríguez Ríos, Santos Regino Uscanga Sánchez, Pablo Gutiérrez Vega, Gustavo Adolfo Jiménez García. 2003. Resumen: El cáncer de mama es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres. La mejor manera de disminuir la mortalidad por esta causa es el diagnóstico oportuno.

Conclusión: La identificación de los factores que se asocian con la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama, permite implementar estrategias que modifiquen algunos de estos factores para incrementar la proporción de diagnósticos oportunos en nuestra población y disminuir la mortalidad por esta causa; una de las metas del programa de prevención y control del cáncer mamario 2001 - 2006.

De acuerdo con estos estudios, se tiene que el estatus de salud o enfermedad tiene una estrecha relación con las condiciones socioeconómicas del individuo, y que existen factores socioeconómicos que al parecer determinan su acceso efectivo al tratamiento, lo que revelaría la existencia de 'inequidades' determinadas socialmente. Las demoras en la atención son excesivas y se requieren intervenciones para brindar mayor oportunidad, particularmente para el diagnóstico, ya que el pronóstico de las mujeres con cáncer de mama se modifica cuando se accede de manera oportuna al tratamiento y, el costo entre estadios está altamente influenciado por el valor de los costos asociados al tratamiento de quimioterapia. Por último, se exhorta para que se identifiquen los factores que se asocian con la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama, con el fin de implementar estrategias que modifiquen algunos de estos factores y de esta manera, incrementar la proporción de diagnósticos oportunos en la población.

Capítulo III.

4 DISEÑO METODOLÓGICO

Los estudios cualitativos se caracterizan principalmente, por intentar captar la realidad que percibe los sujetos que participan en el estudio, independientemente que esta realidad no tenga una preexistencia en la situación que se está estudiando, ya que, en este tipo de estudios lo relevante e importante es la realidad que está percibiendo cada una de las personas que están involucradas en la investigación, es por ello, que los estudios de este rigor metodológico, se basa en la adecuada percepción que los investigadores le den a la realidad que los sujetos de investigación desean plasmar, esto lo menciona (Cortes Camarillo, 1997).

La investigación cualitativa no sólo está reservada para los científicos de las ciencias sociales sino que actualmente los investigadores de las ciencias de la salud usan las diferentes metodologías cualitativas como la etnografía, la teoría fundamentada o la fenomenología pues estos abordajes permiten investigar fenómenos que desde la perspectiva cuantitativa son difíciles de estudiar. Además, la investigación cualitativa puede contribuir a evaluar la calidad del cuidado de la salud y a complementar la investigación cuantitativa. La investigación cualitativa se caracteriza por ver las cosas desde el punto de vista de las personas que están siendo estudiadas. (Castillo & Vásquez, 2003).

4.1 Desarrollo del Diseño Metodológico

Descripción del tipo de método: es de tipo cualitativo, descriptivo, observacional, exploratorio

Supuestos: la causa que genera mayor retraso en el diagnóstico de cáncer de mama en las mujeres que son atendidas en algunas instituciones prestadoras de salud en Bogotá, está asociado con los problemas relacionados al actual sistema de salud.

Muestra: muestreo no probabilístico, intencional, en un periodo de tiempo que inicio el 1 de diciembre de 2020 y finalizó el 8 de enero de 2020.

Características de la IPS en las cuales se tomó la muestra: Ubicación (zona geográfica o localidad), tamaño, nivel de complejidad, tipo de institución (privada o pública) población a quienes atiende.

4.1.1 Criterios de Selección de la Muestra:

1. Mujeres
2. Mayor o igual a 18 años
3. Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama “sin importar estadio de la enfermedad actual”
4. Paciente que hayan iniciado tratamiento en los últimos 6 meses
5. Participación voluntaria en el estudio.

4.1.2 Criterios de Exclusión:

1. Mujeres que se encuentren hospitalizadas en UCI
2. Mujeres con déficit neurocognitivo
3. Hombres

4.1.3 Nombre de las Variables

1. Sexo
2. Edad
3. Entidad de afiliación
4. Régimen de salud
5. Barreras socioculturales propias de la paciente
6. Barreras geográficas
7. Barreras económicas
8. Barreras laborales
9. Barreras propias del sistema

4.2 Instrumento para la Recolección de los Datos

Su utilizó como base el instrumento utilizado en la investigación denominada Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia, 2013, (Dr. Sánchez FUCS), para lo cual se obtuvo la aprobación del investigador para ser utilizada en la presente, con el ofrecimiento voluntario de contar con el apoyo del mismo en caso de ser requerido (ver anexo 3).

Al adelantar una prueba del instrumento, se realizaron ajustes al mismo, ya que algunas preguntas estaban en lenguaje poco comprensible por parte las participantes y otras no se consideraron pertinentes para el objetivo de la presente investigación.

Se concertó una cita para realizar cada sesión de entrevista, la cual tuvo una duración de 20 minutos aproximadamente. Antes de dar inicio a la entrevista, se explicó a cada participante los objetivos de la investigación y se les hizo firmar un consentimiento informado a cada una de quienes aceptaron participar (ver anexo 2). Durante cada entrevista, se diligenció el instrumento por parte de cada una de las investigadoras, con el apoyo de otras dos profesionales de enfermería capacitadas previamente. Como resultado se recolectaron los datos sobre las experiencias vividas en el proceso que cada una de las entrevistadas experimentó.

La información de cada uno de los formularios fue digitada utilizando el programa Microsoft Excel, y posteriormente fue procesada, para realizar análisis de los datos a través de gráficos, y de esta manera identificar las principales causas que generan retraso en el diagnóstico de esta enfermedad.

4.3 Consideraciones Éticas

Este estudio se considera como una investigación sin riesgo, según la resolución número 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, ya que se trata de un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que

participan en el estudio, es decir no se realizó ninguna experimentación sobre seres humanos.

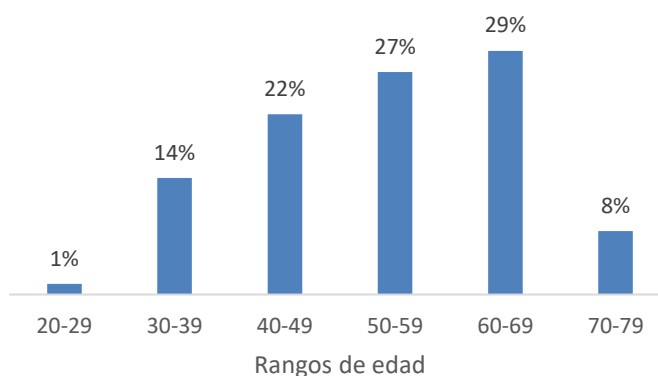
1. Se respetó la confidencialidad de cada una de las entrevistas realizadas.
2. No se compartieron los resultados de las entrevistas con cada uno de los entrevistados.
3. No se divulgaron los resultados con personas no interesadas.
4. Solo los investigadores conocieron los detalles de cada una de las entrevistas
5. Una vez concluya este estudio los datos serán presentados únicamente a la comunidad académica.
6. Se tiene establecido el número de identificación del participante, con el único fin de no tener doble registro de información suministrada por la misma persona, sin embargo, este dato tuvo un manejo anónimo.
7. Según la declaración de Helsinki, en el punto de su párrafo introductorio menciona “La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.
8. Este estudio tuvo aprobación por parte del comité de ética de la universidad Jorge Tadeo Lozano, según Acta 09 del día 12 septiembre de 2019.

Capítulo IV.

5 RESULTADOS

Se encuestaron entre el 1 de diciembre de 2019 y el 8 de enero de 2020 a 79 mujeres que habían iniciado tratamiento en los últimos 6 meses del periodo encuestado. El rango de edad fue de 29 a 79 años, con una mayor participación del grupo de 60-69 (29%), seguido del grupo de 50-59 años (27%), mientras que el grupo con menor participación fue el de entre 20 a 29 años (1%) (Ver gráfico 1).

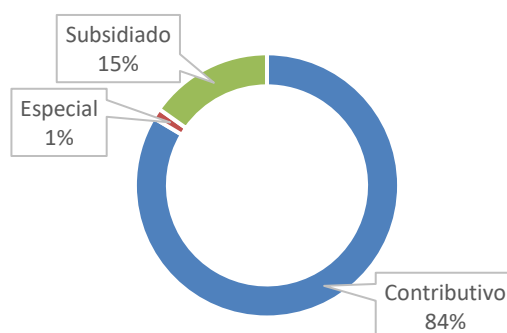
Gráfica 1 Distribución por grupo etario



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

Interpretación: El mayor riesgo de presentar Ca de mama en la población femenina oscila entre los 50 y 70 años.

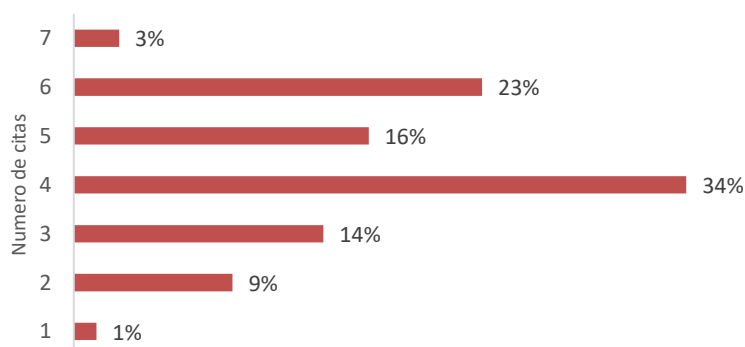
Gráfica 2 Distribución por régimen



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

Interpretación: Es claramente visible que el mayor número de personas se encuentran incluidas en el régimen contributivo, probablemente porque las encuestas se realizaron en la ciudad de Bogotá donde la mayoría de población pertenecen a este régimen.

Gráfica 3 Porcentaje de citas con médico general o especialista antes de recibir su diagnóstico oncológico

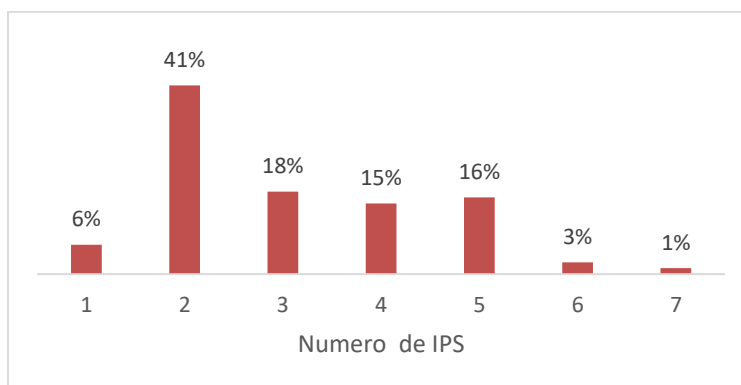


Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

Interpretación: se evidencia que gran mayoría de las pacientes con síntomas de cáncer de mama toma de 4 a 6 citas médicas para ser diagnosticadas y el 76% requiere 4 o más citas. Considerando lo contemplado en el SIHO como referencia nacional, esto no debería tardar más de 2 citas, lo que evidencia demora en el tiempo

de diagnóstico, que finalmente puede terminar en complicaciones de las pacientes y más gastos en salud.

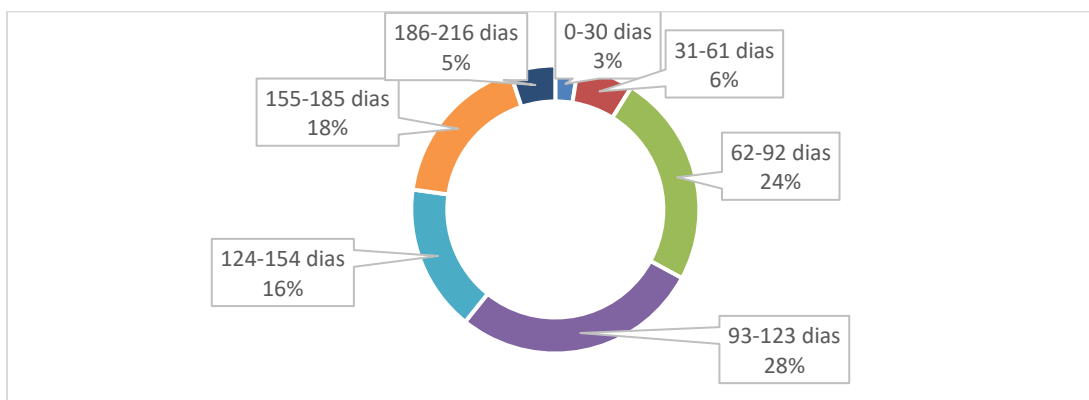
Gráfica 4 Numero de IPS a las que acuden para el diagnóstico de cáncer



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

Interpretación: Se encontró que la mayoría de las pacientes deben acudir a más de una IPS para el diagnóstico final y posterior tratamiento, ello obedece a que en algunas IPS no se cuenta con especialista y por esto es necesario su redireccionamiento.

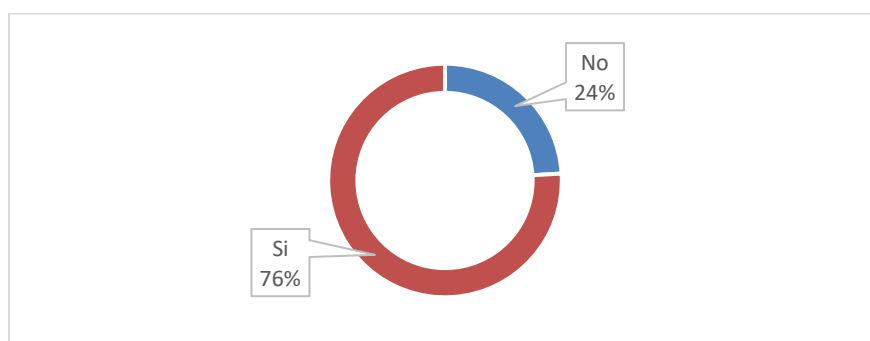
Gráfica 5 Porcentaje de tiempo transcurrido entre la primera consulta médica por sintomatología sugestiva de cáncer de mama y el momento en que recibió diagnóstico de cáncer.



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

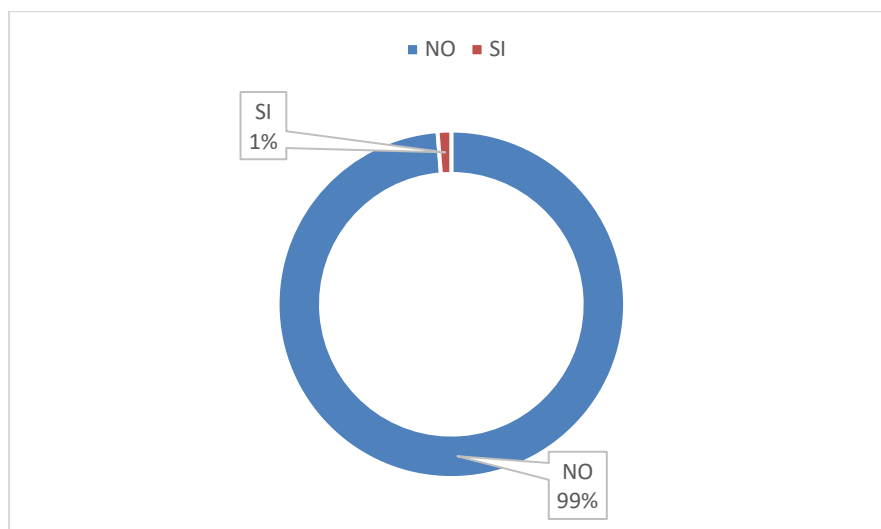
Interpretación: Esta grafica muestra el tiempo transcurrido entre la primera consulta médica por sintomatología sugestiva por cáncer de mama y el momento que recibió el diagnóstico. El mayor porcentaje se encuentra entre 93 y 123 días, seguido por el grupo de entre 62 y 92 días. El promedio de días es de 107.69 días. El rango máximo es de 186 días, que se cataloga como retraso en el diagnóstico, lo cual puede estar relacionado con la falta de adherencia a la ruta integral de atención en salud para cáncer de mama y el exceso de trámites burocráticos.

Gráfica 6 Gran distancia de las IPS con respecto al lugar de vivienda



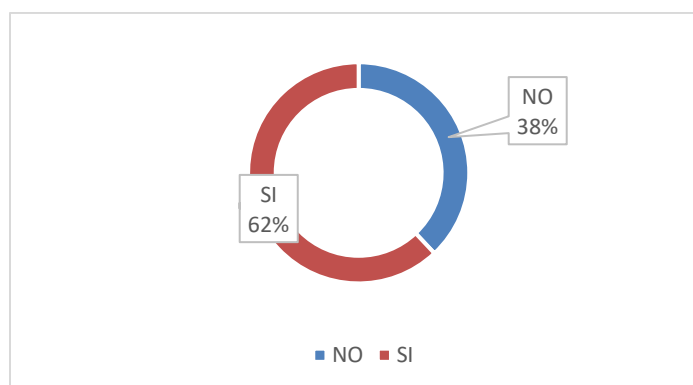
Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio

Interpretación: La gráfica muestra que tres cuartas partes de la población vive a gran distancia con respecto a la IPS, y ello repercute en los tratamientos instaurados, ya que, la condición socioeconómica presenta un efecto trascendental en el momento de ser adherente al tratamiento. Esto puede originar dificultades en el acceso debido a los costos de transporte y tiempo de desplazamiento, así como el tener que tomar varios medios de transporte.

Gráfica 7 Porcentaje de pacientes que acudieron a la opción de tutela.

Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio.

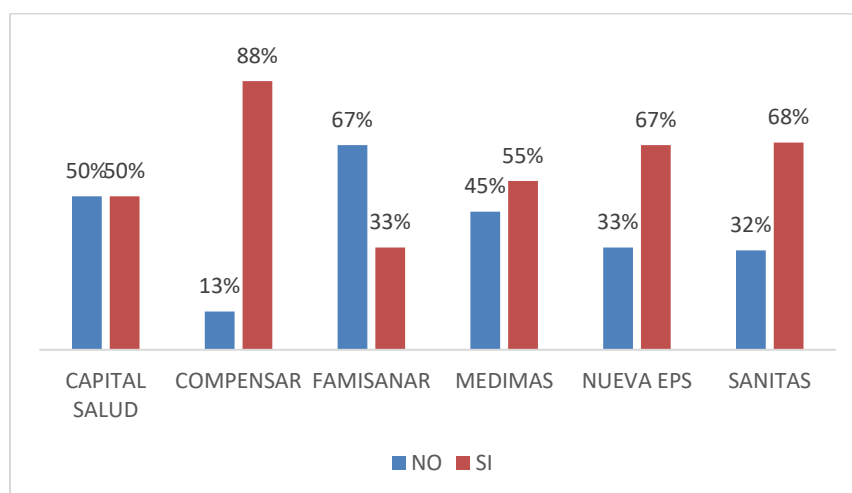
Los usuarios no acudieron a la opción tutela para acceder a la atención del diagnóstico de su patología oncológica, ya que, a pesar de la demora evidenciada por cada IPS, los tratamientos instaurados fueron establecidos según la necesidad de cada patología ya que todas las citas y procedimientos fueron autorizados, el inconveniente radica es en la oportunidad al momento de agendar cada cita.

Gráfica 8 Porcentaje de paciente que cuando consultaron por primera vez al presentar algún síntoma sugestivo de cáncer, el medico solicito algún examen diagnostico o remitió algún especialista.

Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio.

Interpretación: el 62% de los médicos si realizó algún examen diagnóstico o remitió a algún especialista, ello puede obedecer a la experiencia por parte del medico general, o la pertinencia que este pretende dar a cada caso en particular.

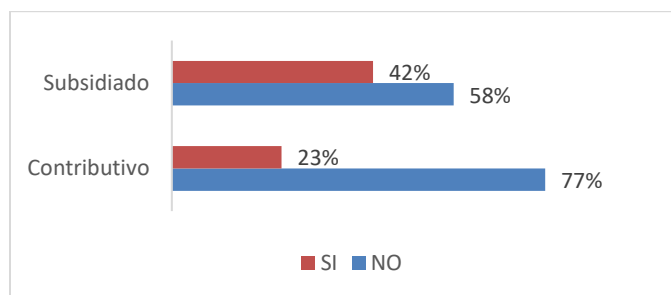
Gráfica 9 Porcentaje de paciente que cuando consultaron por primera vez al presentar algún síntoma sugestivo de cáncer, el medico solicito algún examen diagnostico o remitió algún especialista.



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio.

Interpretación: Se percibe que el médico quien realizó la atención medica por primera vez con síntomas sugestivos de cáncer de mama, solicitó algún examen diagnóstico o remitió a algún especialista, pertenecía al grupo de Compensar, mientras que el menor fue de Famisanar, sin embargo, es claro que la mayoría de medico generales que atendieron la consulta inicial, solicitaron apoyo de los especialistas, para así generar con mayor eficacia el diagnostico.

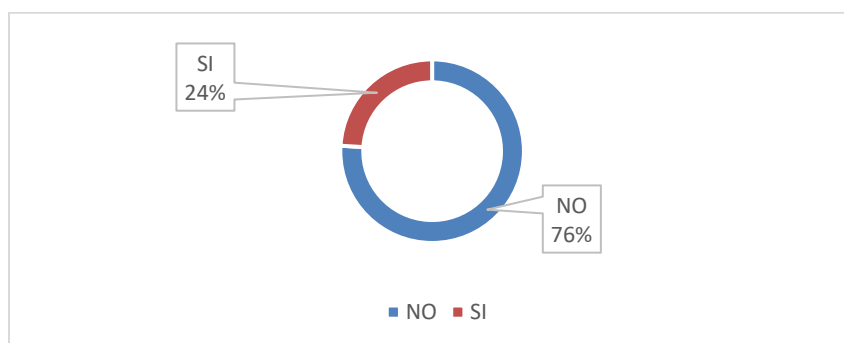
Gráfica 10 Demora en las citas con especialistas



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio Interpretación

Interpretación: Al comparar las percepciones de demora en asignación de cita con especialista por régimen, se contempla que existe un mayor porcentaje de demora en la asignación de cita al especialista en el régimen subsidiado. Esto puede deberse a las capacidades de las EPS que atienden régimen subsidiado o por mayores dificultades para el desplazamiento en las afiliadas a este régimen.

Gráfica 11 Cambios de IPS durante el tratamiento por fin de la contratación con esa EPS



Fuente: análisis propio de los autores a partir de las entrevistas realizadas para este estudio.

Interpretación: Se observa que el 76% de la población no realizó ningún cambio de IPS durante su tratamiento, en algunos casos esto obedece a la terminación de los convenios que la EPS tiene con las IPS.

5.1 Análisis y Discusión

Dentro de los hallazgos encontrados en este estudio se evidenció que el mayor número poblacional de personas que padecían de esta enfermedad oscilaban entre los 60 y 69 años de edad, sin embargo, se encontró un porcentaje muy alto entre los paciente que se encontraban en la sexta década de vida, lo que se podría concluir que el mayor porcentaje de mortalidad de esta enfermedad se encuentra en la séptima década de vida. También es claro que el 84% de la población encuestada pertenece al régimen de afiliación contributivo, y solo el 15% encuestado pertenece al régimen subsidiado, pero es aquí en el régimen contributivo, donde el 42% de la población objeto presento demoras para su redireccionamiento con el especialista, por otra parte, cuando se realiza el análisis de los datos se encontró que la mayoría de los pacientes, es decir, el 34% requirió al menos 4 citas con médico, ya sea general o especialista, con la intención de tener un apoyo y claridad para definir su diagnóstico médico.

Lo anterior significa que, la probabilidad de recibir un diagnóstico de esta enfermedad en su primera cita con el medico es tan solo del 1%, de ellos resulta necesario decir que, dentro de las EPS que presentaron un requerimiento o apoyo diagnostico en su primera cita fue la EPS COMPENSAR y SANITAS, haciendo a la población que padece de esta enfermedad, vulnerable para su diagnóstico y por ende inicio del tratamiento, ya que, ello es fundamental para aumentar el éxito del tratamiento y su posterior recuperación.

Lo datos anteriores corresponden a las barreras de acceso que algunos usuarios manifestaron en nuestro sistema de salud, y esto puede ser consecuencia del incremento de la morbilidad en Colombia, del mismo modo se encontró que el 94% de la población que fue objeto de este estudio, tuvo que ser redireccionada a otra IPS con el fin de recibir apoyo en su diagnóstico, de modo que el inicio de su tratamiento médico, no fue iniciado de manera oportuna, ya que, el 67% de los encuestados requirió más de 90 días para obtener un diagnostico claro sobre su estado de salud, sin embargo, se debe aclarar que estos días acá mencionados, solo hacen referencia a los días que le tomo al personal de salud hacer un diagnóstico, pero no están acá incluidos los días demás que requirió para el inicio de su tratamiento, cabe mencionar en este apartado que además de la demora por parte de las IPS para su diagnóstico final y

posterior tratamiento, existen otros factores externos con los que los usuarios deben lidiar y es temas relacionados con la accesibilidad a los puntos de atención y en este apartado queremos hacer referencia a la gran distancia que los encuestados deben recorrer para poder tener acceso a la atención de su enfermedad y para este caso fue del 76% de la población encuestada, algunos manifestaron problemas de orden socioeconómico a los que se tuvieron que enfrentar, con el fin de iniciar una vez sea diagnosticada su enfermedad.

Cabe destacar, que dentro de las posibles causas que pudieran ser atribuidas para la demora o retraso en la atención en pacientes que sufren esta patología, pudieran ser la negación o la falta de autorización por parte de las IPS para el diagnóstico de la enfermedad del tratamiento, ya sea, por falta de especialista, o por no autorización de los exámenes o imágenes diagnósticas que fueran necesarias para llegar a descartar otras patologías, sin embargo, fue estadísticamente relevante que el 99% de la población no tuvo la necesidad de recurrir a acciones legales para poder acceder a los servicios de salud, y ello, obedece a las claras políticas públicas que existen en el sistema general de salud colombiano.

Finalmente se evidenció que el 76% de la población encuestada, no realizó cambios sobre el punto de atención y es claro que todo ello favorece al inicio oportuno del tratamiento de su enfermedad, aumentando la expectativa de vida de los usuarios que padecen de esta patología.

La diferencia en el número de IPS promedio al que una usuaria debe acudir para ser diagnosticada (gráfica 6), puede obedecer al sistema de prestación de servicios de cada EPS, ya que algunas de estas tienen IPS propias o tienen integración vertical y otras no, como es el caso de Capital Salud y Medimas. De igual forma, esto pudiera estar relacionado con el cambio de IPS apreciado en la gráfica 16.

En nuestro estudio encontramos que el mayor porcentaje de población afectada por cáncer de mama es la del régimen contributivo, situación que es coincidente con el estudio de, “Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia, realizado por M. Piñeros, R. Sánchez, F. Perry, O. García, R. Ocampo, R. Cendales, publicado en el año 2011.” Sin embargo, estos fueron hallazgos encontrados de manera incidental en este proceso investigativo.

De la misma manera “Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia, realizado por M. Piñeros, R. Sánchez, F. Perry, O. García, R. Ocampo, R. Cendales, publicado en el año 2011.”, se encuentra una relación con respecto al tiempo transcurrido entre la primera consulta y el diagnóstico de cáncer de mama y este fue de 91 días.

Capítulo V.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

De acuerdo a lo encontrado en el presente estudio, podemos concluir que si bien es cierto, el cáncer de mama es una enfermedad que genera gran impacto en la sociedad y del mismo modo se ha considerado un problema de salud pública para nuestro país, por todas y cada una de las implicaciones que se pueden generar por este hecho, vemos en la actualidad que existen avances en todos los ámbitos para que cada una de las entidades prestadoras de servicio de salud, generen políticas y estrategias que conlleven a un actuar diligente en la población que padece esta enfermedad y poder así disminuir la tasa de mortalidad, que se evidencia en el censo que cada uno de los países. Sin embargo, fue evidente para el grupo investigador que la principal causa para el oportuno tratamiento de esta enfermedad es el tiempo que transcurre desde el momento de la primera entrevista o cita médica, hasta el diagnóstico por parte del médico especialista.

Se evidencia que a pesar del continuo avance tecnológico que se tiene en la actualidad en el campo de la medicina, las principales barreras de acceso que tienen los usuarios para la atención oportuna y el tratamiento eficaz de su enfermedad, son temas netamente administrativos.

Se evidencio que el mayor porcentaje de personas que son diagnosticadas con esta enfermedad, se encuentra entre la 5ta y 6ta década de su vida, del mismo modo fue evidente que el mayor porcentaje de las personas que deben ser sometidas a un tratamiento para contrarrestar las consecuencias de esta enfermedad, pertenecen al régimen contributivo y toman entre tres y siete meses para la realización del diagnóstico de la enfermedad y por ende el inicio de su tratamiento. También, es llamativo el hecho de que tuvieron en su mayoría 4 o más citas médicas para ser diagnosticadas y que más de la mitad utilizaron más de 3 IPS durante el proceso de diagnóstico Del mismo modo fue manifestado por varias de las entrevistadas, que

existen ciertas barreras de acceso geográficas, lo que conlleva a una mayor demora para la asistencia a las citas médicas asignadas y como consecuencia de esto el tiempo sigue transcurriendo y el diagnóstico se retrasa aún más en ser establecido.

6.2 Recomendaciones

Se sugiere para futuras investigaciones, abarcar más entidades prestadoras de servicio de salud, ya que ampliando el número de participantes es posible identificar más causas que estén generando relevancia en el retraso del diagnóstico de cáncer de mama en la población femenina y por ende su oportuno tratamiento.

Sería interesante identificar cuáles son los problemas administrativos más frecuentes que pueden encontrar los usuarios, y que esto conlleve en un incremento en la demora para la atención médica oportuna, con el fin de implementar estrategias en nuestro sistema de salud que minimicen estas falencias, dándole así al usuario una mayor eficacia en el diagnóstico de su enfermedad e incrementando la expectativa de vida que una persona pueda tener.

6.2.1 Limitaciones

El hecho de ser un estudio cualitativo no permite extrapolar los hallazgos y conclusiones a la población general, pero abre la puerta a futuras investigaciones de corte cualitativo que profundicen en los puntos críticos que sobresalen en el presente trabajo y permitan con ello, proponer iniciativas de política pública orientadas a mejorar la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de seno en las mujeres colombianas.

7 Referencias Bibliográficas

- Asi Vamos en Salud. (1 de Agosto de 2016). Obtenido de <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-cancer-de-seno>
- Bright, K. (2015). What Health Care System Delays Reveal About Inequalities in Breast Cancer Medicine and Global Health. *Annual Report to the Nation on the Status of Cancer*.
- Dr. Eduardo Liceaga. (2017). *Hospital General de México*. Recuperado el 01 de Ene. de 2020, de Organización Mundial de la Salud Sitio web mundial: <https://www.who.int/topics/cancer/es/>
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2015). Situacion del cancer de Colombia 2015. En *Cancer de Seno*.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2016). *INDICADORES PRIORITARIOS PARA LA MEDICIÓN, EVALUACIÓN Y MONITOREO DE LA GESTIÓN DE RIESGO POR PARTE DE ASEGURADORES Y PRESTADORES EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO EN COLOMBIA*. Bogota.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2017). *Boletín de informacion tecnica especializada - Cáncer de mama*. Boletín, Bogota. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Boletin_Dia_Mundial_cancer_de_mama.pdf
- Gamboa, O., Buitrago, L. A., Lozano, T., Dieleman, S., Gamboa, C., Leon Guzman, E., . . . Fuentes, J. (2016). Costos directos de la atención del cancer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerologia*, 52-60.

- Gaviria Ospina, A. (2015). *COSTOS MÉDICOS DIRECTOS EN EL TRATAMIENTO DE CÁNCER GÁSTRICO EN LOS ESTADIOS 0 A IIB EN PACIENTES ADULTOS EN COLOMBIA* .
- Giraldo, C. V., & Ceballos G, G. Y. (2011). Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *FORUM: QUALITATIVE SOCI AL RESEARCH SOZIALFORSCHUNG*.
- Guillermo, S., Celmira, L., Carolina, E., & Laura, E. (2013). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia . *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.
- Instituto Nacional de Cancerología - ESE. (2014). *SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA Y RECOMENDACIONES SOBRE LA DETECCIÓN TEMPRANA*. Bogota.
- Instituto Nacional de Salud. (2017). Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. En *CANCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO*.
- López, J. A., de Vries, E., Espinosa Restrepo, M., Henríquez Mendoza, G., Marín Valencia, Y., Pardo Ramos, C., . . . Wiesner, C. (2015). *Análisis de Situación d 90 el Cáncer en Colombia 2015*. Colombia: Instituto nacional de cancerología .
- Lozano-Ascencio. (2009). Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Publica Mex*, pp.147-156.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *MINSALUD*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Prevenciondel-cancer.aspx>
- ONC Observatorio Nacional de Cancer. (2018). *Guia Metodológica*.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Salud en las Americas*. Obtenido de https://www.paho.org/salud-en-las-americanas-2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es

Organizacion Panamericana de la Salud, Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *PAHO*. Obtenido de https://www.paho.org/coL/index.php?option=com_content&view=article&id=2883:diamundial-contra-el-cancer-2018-informacion-general-cancer-en-las-americanas&Itemid=487

Piñeros, M. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud pública Méx*, pp. 478-485.

Quiroz, I. Y. (2005). Retardo en el diagnóstico de los pacientes con cancer. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNA*, 22-28.

Ramirez, A. (1999). Factores que predicen el retraso en la presentación del cáncer de mama sintomático: una revisión sistemática. *Lancet*, pp.1127-1131.

Saldaña, K. U., & Castañeda, C. I. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review. *Salud Publica de Mexico*, 270-285.

Sociedad Americana contra el Cancer. (2017). *American Cancer Society*. Obtenido de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>

Unger-Saldaña, K. (2009). Retraso de la atención médica para el cáncer de mama sintomático: Una revisión de la literatura. *Salud Publica Mex*, pp. 270-285.

Vargas, L. I. (2009). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*.

Velasquez-De Charry, L. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento del cáncer de mama en Colombia. *Salud Publica Mex* , pp. s246-s253.

8 ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Actualmente nos encontramos realizando una investigación, como estudiantes de maestría de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, acerca del retardo en el diagnóstico de cáncer de mama en mujeres que son atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología.

El objetivo del proyecto es identificar las causas que generan retardo en el diagnóstico asociadas al sistema de salud. Para el desarrollo de esta investigación se requiere recolección de datos acerca de la experiencia de las usuarias frente a la atención durante el proceso de diagnóstico de la enfermedad.

A continuación, se le realizara una encuesta sobre los aspectos relacionados con los tramites y la atención durante el proceso de diagnóstico de la enfermedad, es decir desde que consulta por primera vez por algún síntoma, hasta que es diagnosticada con cáncer de mama. La información brindada será manejada con total confidencialidad y la solicitud del numero de documento solo será empleada para evitar recolectar datos dos veces de una misma usuaria.

Con la firma de este documento usted se compromete a responder las preguntas de la forma mas honesta posible y autoriza a los investigadores a utilizar los datos suministrados para el proceso de sistematización y publicación de los resultados al finalizar la investigación.

Yo _____ identificado con cedula de ciudadanía N° _____
autorizo de forma consciente y voluntaria, para que se realice la encuesta mencionada.

FIRMA ENTREVISTADO:

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR / ENTREVISTADOR:

Anexo 2 Entrevista

FORMATO DE DOCUMENTACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO PARA MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA

El objetivo de la aplicación de este cuestionario es identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud que tienen las mujeres adultas diagnosticadas con cáncer; por lo anterior, solicitamos atentamente diligenciar en su totalidad la presente encuesta, previa firma consentimiento informado.

Autorizo como paciente adulto con cáncer, que mis datos sean utilizados con fines estadísticos, educativos, médicos o científicos, que permitan proponer o implementar acciones que ayuden a mejorar la realidad del cáncer en Colombia.

1. Numero documento: _____
 2. Fecha de aplicación de la encuesta: DD: _____ MM: _____ AAAA: _____
 3. Nombre _____ de _____ la _____ EPS:

 4. Régimen de aseguramiento: (Por favor marque con una X el que corresponda)
CONTRIBUTIVO _____ SUBSIDIADO _____ VINCULADO _____ ESPECIAL _____
OTRO _____
 5. Edad en años cumplidos: _____
 6. ¿Cuántas veces acudió al médico tanto general como especialista, con sintomatología sugestiva de cáncer antes de recibir su diagnóstico oncológico?
Escriba el número de veces que acudió al médico antes de recibir su diagnóstico oncológico: _____
 7. ¿A cuántas IPS ha tenido que acudir para el diagnóstico del cáncer?

 8. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la primera consulta médica por sintomatología sugestiva de cáncer de mama y el momento que recibió el diagnóstico de cáncer?
Escribir el número exacto de meses y días: _____ meses _____ días
- Por favor marque con una equis (X) la (s) barrera (s) de acceso presente (s) en el momento de la atención**
9. Barreras relacionadas con la persona

- A. Desconocimiento de sus derechos: SI _____ NO _____
- B. Desconocimiento de los tramites: SI _____ NO _____
- C. Dificultades económicas: SI _____ NO _____
- D. Creencias, religión y/o valores de la persona que no le permiten realizarse pruebas diagnósticas, cirugías o recibir tratamiento para el cáncer: SI _____ NO _____
- E. Número de personas a cargo: _____
- F. El cuidado de las personas a cargo dificultan la asistencia al médico o exámenes diagnósticos: SI _____ NO _____

10. Barreras relacionadas con la oportunidad en la prestación de los servicios de salud

A. ¿El médico que la atendió por primera vez cuando usted consulto por síntomas sugestivos de cáncer de mama solicito algún examen diagnostico o remitió algún especialista?: SI _____ NO _____

B. Demora para medios diagnósticos y análisis clínicos (ejemplo: mamografía, ecografía, biopsia): SI _____ NO _____

✓ En caso de ser afirmativa la respuesta, indique porque fue la demora:

C. Demora de las citas con especialista: SI _____ NO _____

✓ En caso de ser afirmativa la respuesta, indique porque fue la demora:

13. Barreras relacionadas con la continuidad en la prestación de los servicios de salud

A. Presento alguna interrupción durante el proceso de diagnóstico de cáncer de mama: SI _____ NO _____

Si la respuesta es afirmativa, indique cual fue la interrupción:

B. Cuando solicito alguna cita o examen médico le indicaron que no había agenda:

SI _____ NO _____

14. Barreras relacionadas con el acceso a los servicios de salud

A. Negación de los servicios por doble afiliación: SI _____ NO _____

B. Cobro de cuotas moderadoras o copagos: SI _____ NO _____

C. Gran distancia de las IPS respecto al lugar de vivienda: SI _____
NO _____

D. Falta de integración y comunicación entre las diferentes IPS donde fue atendida:

SI _____ NO _____

E. En la IPS donde consulto por primera vez hay disponibilidad del especialista requerido por el paciente: SI _____ NO _____

F. Tuvo que interponer acción de tutela o derecho de petición para acceder a la atención para el diagnóstico de su patología oncológica: SI _____
NO _____

G. Ha tenido que pagar atención médica particular para el diagnóstico de su enfermedad oncológica: SI _____ NO _____

H. Los horarios ofrecidos por la IPS para las citas y exámenes médicos coincidieron con su horario laboral: SI _____ NO _____

I. Requirió pedir permiso en su trabajo para asistir alguna consulta o examen médico: SI _____ NO _____

J. ¿Otra? ¿Cuál?

15. Barreras relacionadas con la Atención en los servicios de salud

A. Cambios de IPS durante el tratamiento por fin de la contratación con esa EPS:

SI_____ NO_____

B. Tiempos de respuesta de autorizaciones superiores a 15 días: SI_____

NO_____

C. Falta de remisión para valoración por especialista: SI_____ NO_____

16. Observaciones y opiniones del paciente sobre barreras de acceso:

**Muchas gracias por su apoyo, estamos seguros de que este trabajo sin
duda contribuirá para que.... ¡¡Juntos le cambiemos la cara al cáncer!!**

Anexo 3 AUTORIZACION PARA EL EMPLEO DEL INSTRUMENTO UTILIZADO PARA RECOLECCION DATOS



Guillermo SANCHEZ VANEGAS <gsanchez@fucsalud.edu.co>
Jue 29/11/2018 1:00 PM
Usted ✓



Apreciada Natalia, hemos recibido, durante la semana se estudio y fue comisionado para informarle que puede emplear el instrumento, dando los respectivas consideraciones de autoría. Si requiere algún apoyo con gusto.

Saludos.

GUILLERMO SÁNCHEZ VANEGAS, MD. MSc. PhD.
Director Especialización Epidemiología Clínica
Profesor Investigador Titular
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.
Teléfono Sede Castellana: 2366368. Ext 105.
Sede centro: 3538100. Ext 3551.

Anexo 4 Marco Normativo

NORMA	INTENCIONALIDAD
<p align="center"><u>DECRETO 5017 DE 2009</u></p> <p>Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública</p>	<p>La detección temprana del cáncer de mama se debe realizar en mujeres mayores de 20 años, mediante la educación para el auto-examen de mama y para las mujeres mayores de 50 años la realización del examen clínico en la consulta médica o ginecológica y la mamografía (MINISTERIO DE SALUD 2000)</p>
<p align="center"><u>LEY 715 DE DICIEMBRE DE 2001</u></p> <p>Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.</p>	<p>Se resaltan dentro de la ley las siguiente normas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación. 2. Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. 3. Prestar los servicios especializados a través de las instituciones adscritas: Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, así como el reconocimiento y pago de los subsidios a la población enferma de Hansen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes
<p align="center"><u>LEY 1384 DE 2010</u></p> <p>Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente.</p>	<p>Se destaca de esta ley lo enmarcado en cuanto a la declaración del cáncer como una enfermedad de interés de la salud pública y prioridad nacional para la Republica de Colombia. De tal forma las instituciones prestadoras de Salud , y en general todas las instituciones prestadoras de salud tanto públicas como privadas no pueden negar la participación de la población en la promoción y a la prevención y así como tampoco en la asistencia necesaria en detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos</p>
<p align="center"><u>DECRETO 5017 DE 2009</u></p> <p>Por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional de Cancerología - Empresa Social del Estado.</p>	<p>Dentro del decreto se resalta la creación de las siguientes funciones del Instituto Nacional de Cancerología como Empresa Social del Estado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asesorar y apoyar al Ministerio de Protección Social y demás entidades territoriales, en la determinación, formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos nacionales relacionados con la

	<p>investigación, vigilancia, docencia, prevención, diagnóstico precoz, atención, tratamiento y control de enfermedades neoplásicas y relacionadas.</p> <p>2. Celebrar los convenios que requiera con las Instituciones de Educación Superior para el desarrollo de sus actividades docentes y la obtención de los registros calificados, e implementará sus actividades como Centro de Ciencia y Tecnología, de acuerdo con las normas que regulan su actividad.</p>
<p><u>RESOLUCION 4496 DE 2012</u></p> <p>Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer</p>	<p>Vale la pena destacar de esta resolución la responsabilidad del Ministerio Salud y Protección Social como administrador de la información y su deber de promover la realización de estudios y encuestas que permitan generar conocimiento frente al Cáncer; así mismo la responsabilidad del Instituto Nacional de Cancerología de ejercer control de la calidad de la información suministrada, así como conformar y coordinar el comité de registros poblacionales.</p> <p>De igual manera se resalta la función delegada al Observatorio Nacional del Cáncer, de proporcionar el análisis del progreso de las acciones y responsabilidades de los actores del sistema de Salud.</p>
<p><u>RESOLUCION 1383 DE 2013</u></p> <p>Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021</p>	<p>El objeto de la norma consistente en el modelo del control del cáncer para los próximos 10 años 2012-2021. Como modelo tiene uno de los objetivos principales la detección temprana, esta línea estratégica comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por lo tanto una reducción en la mortalidad. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo</p>
<p><u>RESOLUCION 3202 DEL 2016</u></p> <p>Por lo cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de rutas integrales de atención en salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección social dentro de la Política de Atención integral de Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones.</p>	<p>Rutas Integral en salud de grupo de riesgo, incorpora acciones sectoriales e intersectoriales; intervenciones individuales y colectivas, con el propósito de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para la aparición de una o varias condiciones específicas en salud para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta rutase aplica para la población en riesgo residente en territorio Colombiano.</p>
<p><u>Resolución 2626 de 2019</u></p> <p>Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento</p>	<p>En el artículo 5.2.2.1 establece el modelo de Acción Integral Territorial que plantea como prioridad los eventos de salud y dentro de este se encuentra el Cáncer con especial atención en <u>Cáncer de mama</u>, esto mediante la implantación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.</p>

	<p>En el artículo 5.3 se establece la prestación de servicios como una línea de acción con el objetivo de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud mediante:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mecanismos para garantizar redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y con seguimiento permanente en términos de disponibilidad, suficiencia y completitud para la atención en salud de la población.2. Redes integrales de prestadores de servicios de salud, conformadas de acuerdo con las necesidades de los territorios, en términos de las modalidades de la prestación de los servicios de salud. <p>Así mismo esta resolución contempla una cuarta línea de acción que hace referencia al talento humano donde una de sus acciones específicas es: fortalecer las capacidades institucionales y las competencias del talento humano en salud para la Atención primaria en Salud centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo mejor a las necesidades en salud de la población.</p> <p>Igualmente esta normativa considera una sexta línea de acción, relacionada con el enfoque diferencial cuyo objetivo eliminar las situaciones de discriminación y marginación, <u>disminuyendo o eliminando las barreras de acceso para la efectiva prestación de servicios en salud.</u></p>
--	--