

Análisis de las barreras y limitaciones de las Empresas Promotoras de Salud – EPS en el diagnóstico tardío de cáncer de seno

Alexandra Elena de Jesús Sierra Peláez

Resumen

El objetivo principal de esta investigación es identificar los principales obstáculos y limitaciones que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno en Colombia. Es de señalar que este retraso en el diagnóstico y tratamiento está directamente relacionado con una menor tasa de supervivencia. Si los síntomas persisten y se inicia el tratamiento por más de tres meses, el paciente puede morir. Cabe destacar que el cáncer de mama es uno de los principales problemas de salud pública en el país. Desde el punto de vista médico, existen muchas barreras para acceder al diagnóstico y tratamiento, y estas restricciones no solo afectan la percepción de la calidad de la atención, sino que también empeoran la condición clínica del paciente. Esto tiene consecuencias tanto para el paciente y su familia como para el sistema de salud y el estado en general.

Palabras claves: Barreras, Cáncer de mama, Diagnóstico, Limitaciones

Abstract

The main objective of this research is to identify the main obstacles and limitations faced by women diagnosed with breast cancer in Colombia. It should be noted that this delay in diagnosis and treatment is directly related to a lower survival rate. If symptoms persist and treatment is initiated for more than three months, the patient may die. It should be noted that breast cancer is one of the main public health problems in the country. From the medical point of view, there are many barriers to access to diagnosis and treatment, and these restrictions not only affect the perception of the quality of care, but also worsen the patient's clinical condition. This has consequences for the patient and his or her family as well as for the health system and the state in general.

Key words: Barriers, Breast cancer, Diagnosis, Limitations, Limitations.

Introducción

Con el fin de poder conocer la responsabilidad médica de las instituciones de salud en el retraso en el diagnóstico del cáncer de seno en Colombia. Se debe investigar cuales son las fallas y limitaciones, ya que en ocasiones el médico encargado del tratamiento cumple con su función con el diagnóstico, pero el problema se da cuando la EPS comienzan con una serie de travas administrativas con el paciente afectando el principio de solidaridad al que están obligados desde el momento en que contratan a su personal médico y estos llevan a cabo su trabajo.

Entre las dificultades que viven las mujeres que en su momento son diagnosticadas con cáncer de mama, es tener en cuenta que en su mayoría son personas vulnerables no solo por su estado de salud y fragilidad emocional, sino también por el impacto social y económico. *"Teniendo en cuenta que a menudo existen obstáculos para la atención que recibe la población en general, en los pacientes oncológicos se suman su falta de conocimiento sobre el cáncer y los problemas en la organización y limitaciones o deficiente calidad de los servicios especializados"* (Unger-Saldaña, 2009).

Considerando lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los desafíos y limitaciones que enfrentan las pacientes que han sido diagnosticadas tardíamente por parte del médico tratante y la EPS?

Con el propósito de abordar la problemática mencionada, se proponen los siguientes objetivos específicos: - Identificar las dificultades administrativas por parte de las EPS que limitan a las mujeres que sufren de cáncer de seno para recibir su tratamiento a tiempo, - Determinar las restricciones que enfrentan las mujeres al ser diagnosticadas con cáncer de mama que impiden la recepción oportuna de su tratamiento por parte del médico tratante, - Establecer las implicaciones legales, disciplinarias y penales para el médico tratante y la EPS en caso de fallecimiento de una mujer con cáncer de

seno debido a las barreras de acceso a los servicios de salud.

Como metodología de investigación es de tipo socio jurídico con un enfoque cualitativo, es significa que este tipo de estudios se busca entender la realidad social de las mujeres que sufren de cáncer de seno (Arango Pajón, G. L. 2013).

Se decidió estudiar las limitaciones existentes en el acceso al diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer de mama en Colombia, no solo por ser una enfermedad catalogada como un problema de salud pública, sino por las consecuencias económicas y sociales a las que está asociada. una enfermedad costosa bajo la visión desde el derecho médico.

Reconocimiento de los obstáculos burocráticos por parte de las EPS que impiden a las mujeres con cáncer de seno a obtener su tratamiento de manera oportuna

A pesar de que Colombia actualmente es reconocido como uno de los países que más se resalta en el incremento de la expansión de la pertenencia a las compañías aseguradoras a nivel mundial, también ha generado significativas desigualdades para la población con el fin de poder acceder a médicos especialistas, entre las causas que se evidencia son las sociales y demográficas y la falta de comprensión sobre el desarrollo de los servicios, entre otros elementos.

Acceder al sistema de salud en Colombia, como conseguir una cita con un médico especialista, es uno de los temas que enfrentan muchos pacientes actualmente. Esto crea una desigualdad significativa, especialmente para las mujeres a las que se les ha diagnosticado cáncer de mama. En ocasiones, esto puede atribuirse a un diseño y funcionamiento ineficaces del sistema, dificultades financieras con algunas EPS y falta de disponibilidad en las zonas rurales. (Velásquez de Charry L, 2009).

Uno de los retos que actualmente enfrenta el sistema de salud es aumento del diagnóstico del cáncer, debido a que las cifras de incidencia y mortalidad han incrementado en los últimos años. Durante el lapso de tiempo comprendido entre 2019 - 2022, se han diagnosticado con cáncer 32,316 hombres y 38,751 en mujeres.

La tasa de incidencia, es decir, la probabilidad de desarrollar cáncer, ha sido de 186.6% y 196.6% por cada 100,000 habitantes, respectivamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

Esta situación ha causado un impacto significativo en la sociedad y economía del país, dado que aproximadamente 28 mil personas mueren anualmente de cáncer debido a que en muchas ocasiones se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad, lo que limita las posibilidades de un tratamiento efectivo (García Ubaque J, 2008).

En todos los países, la incidencia de este tipo de cáncer está aumentando constantemente. Si bien las tasas de mortalidad están cayendo en muchos países de ingresos altos, siguen aumentando en los países de ingresos bajos y medianos; Un mayor acceso a los servicios de diagnóstico temprano y los avances en el tratamiento explican estas diferencias entre países del mundo, concluyendo lo siguiente: "*El cáncer de mama es la forma más frecuentemente identificada y es la principal causa de muerte de mujeres a nivel mundial*" Jemal A (citado por el Minsalud, 2019).

Esto significa que entre más se demore el diagnóstico por parte del médico en casos de enfermedades como el cáncer puede bajar las supervivencias, ya que las posibilidades de vencer o curar la enfermedad son escasas si se detecta y trata en un estadio avanzado, ya que el médico general valora al paciente a tiempo pero existe una gran brecha lo que puede conllevar a que los tres primeros meses son esenciales para comenzar el tratamiento señalado por el doctor que remite a un centro especializado para los casos de cáncer (Saldaña & Castañeda, 2009).

Teniendo en cuenta que Minsalud en Colombia ha estado laborando y creando una serie de estrategia para la prevención del cáncer mediante algunos programas sociales que buscan es que las mismas mujeres se hagan constantemente el auto examen con el fin de que puedan ser atendidas a tiempo, a pesar de esto el problema no es esto, sino que existen grandes retrasos por parte de la EPS que ocasionan retrasos en el diagnóstico debido a los tramites para las autorizaciones que impiden que el paciente pueda obtener su tratamiento a tiempo.

Como lo explica algunos funcionarios del Minsalud, en Colombia se ha detectado cerca de 3.500 nuevos casos de cáncer de seno, el 40% estos se detectan en fases avanzadas. Lo que se busca es que la detección precoz con el propósito de mejorar el pronóstico y la sobrevivencia de los pacientes con cáncer de mama sigue siendo esencial en la lucha contra esta enfermedad, "*el 58% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama invasivo en Colombia son detectadas en etapas avanzadas*" (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - ICCO, 2016, p. 69).

Esto reduce la posibilidad de tratamiento con fines terapéuticos, particularmente para este grupo de pacientes, ya que son ellos quienes han vivido las circunstancias que les ofrece el actual sistema de salud para el tratamiento de su enfermedad, los aspectos sistémicos u ocupacionales de la salud, y que contribuyen a retrasar el diagnóstico precoz del cáncer de mama y su posterior tratamiento.

Preocupa especialmente la decisión de tratar el cáncer de mama sólo como una enfermedad, hoy en día es considerada como un problema de salud pública en Colombia y es el cáncer invasivo más común en mujeres con 37.971 casos confirmados en 2015 (ICCO, 2016) y una tasa de mortalidad de 7,3 por 100.000 mujeres, lo que la convierte en la séptima causa de muerte en mujeres, la cual es considerada como una enfermedad de elevado costo (resolución 3974 de 2009) (Instituto Nacional de Cancerología, 2017).

Es necesario conocer cuáles son las causas que generan retrasos en el diagnóstico, en muchas ocasiones la IPS envía al paciente a la EPS para las respectivas autorizaciones luego de que al paciente se le ha encontrado la enfermedad del cáncer, entre los limitantes que se evidencian son las constantes autorizaciones para poder obtener este un diagnóstico positivo de los pacientes con cáncer está estrechamente vinculado a que en ocasiones el empleado de la EPS pone trabas que afectan la oportunidad de poder comenzar el tratamiento a tiempo.

Además, la demora en el diagnóstico genera un mayor costo económico para el

sistema, ya que el precio aumenta a medida que avanza la enfermedad: se puede ver, por ejemplo, que la etapa más costosa del cáncer de mama en Colombia es la etapa metastásica, con un valor total de 144.400.865 pesos, frente al de menor costo, el cáncer de mama in situ, con un costo de 8.996.987 pesos. (Gamboa, y otros, 2016).

En el caso específico de Colombia, el sistema de salud obliga a las pacientes a pasar por un proceso de requisitos administrativos que se han convertido en los principales obstáculos en el camino hacia un tratamiento adecuado del cáncer de mama. denominado "*El camino burocrático de la atención médica brindada hoy*" (Saldaña, 2014).

Cabe señalar que, si bien se conocen bien las causas del retraso en el diagnóstico, hay poca investigación para explicar los factores relacionados con el sistema de atención médica y/o los proveedores, como: Acceso físico, economía, normas y procedimientos, para analizar e identificar de manera adecuada y concreta el sistema, habilidades y conocimientos de los profesionales de la salud que inciden en la demora en el diagnóstico de patologías específicas como el cáncer de mama (Giraldo & Ceballos G, 2011).

Al identificar los factores relacionados con el proceso de tratamiento que provocan retrasos en el diagnóstico del cáncer de mama en las mujeres, se puede abordar de manera directa los costos innecesarios que esta situación está ocasionando al sistema de salud colombiano.

Además, contribuye a optimizar el uso de los recursos materiales y humanos disponibles en el sistema de salud, lo que a su vez aumenta el nivel de atención al paciente y permite establecer un conjunto de criterios basados en "eficacia, excelencia y oportunidad".

Por las características de Colombia de la tasa de mortalidad por cáncer y el hecho de que se puede cambiar del 60 al 70% de los casos, es un problema que afecta negativamente a las familias y allegados (ONC, 2018).

Cuando se analizan las limitaciones de entrada y oportunidades, se deben considerar varios factores cruciales. Disponibilidad física es el término utilizado para describir la existencia en diferentes zonas de un país que ofrece servicios de salud de calidad con horarios y comodidades que habiliten a los usuarios.

El debate en curso sobre las disparidades en salud genera nuevos términos y definiciones que pueden aclarar aspectos importantes del tema. Las disparidades sistémicas se caracterizan por las desigualdades en la distribución de los factores de salud debido a la implementación de reglas y procedimientos en ciertos sistemas. La discordia es una parte inherente de los sistemas políticos y económicos y daña a las personas (OPS, 2018).

Es claro que, dentro de los parámetros de las diversas teorías de generación de políticas públicas, ésta no podría, en teoría, surgir de arriba hacia abajo y no podría, sólo satisfacer o saciar el deseo de poder o el deseo de mantenerlo fortaleciendo los valores sociopolíticos que sustentan su acción frente a la población en temas de salud.

Por consiguiente, es imprescindible promover mediante este esfuerzo el comportamiento de las entidades gubernamentales y la única forma de lograrlo es integrar todos estos dilemas sociales, educativos y políticos, recurriendo a una discusión abierta a través de una agenda.

Muchos autores definen el bienestar considerando todos los factores que rodean a un individuo, dando significado a cada uno de ellos, generando así una relevancia significativa para la atención integral. Se podría argumentar que por la trascendencia que genera este concepto, podríamos observar algunas dificultades para acceder a los servicios médicos, pero los modelos que se implementan para desarrollar políticas públicas y así garantizar una adecuada atención a la población en general sí lo son (Sánchez Torres, 2017)

Las políticas públicas creadas para la atención deben tener como objetivos reducir las disparidades que puedan encontrar los usuarios para crear una atención médica

integral sin discriminación, ya sea por consideraciones culturales o geográficas.

Es crucial asegurar que cada servicio de salud que se ofrezca en ese momento esté disponible en cantidades suficientes, incluyendo disponibilidad, capacidad instalada para una adecuada atención médica y personal calificado para atender estas necesidades.

Las políticas gubernamentales también deben garantizar que los consumidores puedan acceder fácilmente a los servicios, teniendo en cuenta aspectos como la ubicación y el horario comercial, entre otros.

Las circunstancias socioeconómicas de la población atendida también pueden afectar la facilidad de acceso a los servicios de salud. De acuerdo con los servicios que brinda la entidad, esto sugiere que algunos usuarios pueden acceder a servicios de salud específicos debido a su capacidad financiera. Por lo tanto, a las personas que carecen de los recursos necesarios se les debe negar el acceso a algunos servicios de salud.

Es importante recalcar que la OMS ha identificado componentes claves dentro de las políticas gubernamentales para lograr un impacto integral.

Uno de estos componentes es la accesibilidad, pero cabe señalar que cada país tiene diferentes problemas de acceso. Si bien la OMS lo define así, el factor socioeconómico tiene un impacto significativo en Colombia a la hora de recibir atención médica:

"La descripción de accesibilidad, es aquella posibilidad que recibe un individuo a los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance de toda la población. Evitando cualquier forma de discriminación, debe haber circunstancias que permitan el acceso físico, económico y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona entienda y pueda recibir una atención eficiente" (Sánchez, 2017).

Los primero que estudiaron las consecuencias del problema de la demora en el

diagnóstico del cáncer de mama fueron Picko y Gallo en 1938, hicieron la distinción aún relevante entre la demora del paciente y la demora del sistema o del proveedor en su argumento.

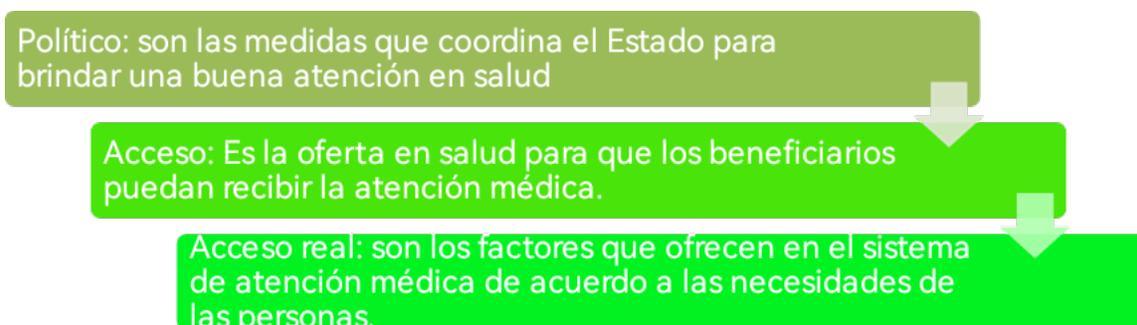
Restricciones por parte del médico tratante para el diagnóstico de cáncer de seno

Una de las cuestiones es cómo garantizar es que se satisfaga la demanda de atención de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, ya que este en ocasiones cuando se detecta tardíamente afecta la salud de la paciente ya que el tratamiento comienza muy tarde (Mejía Mejía A, 2007).

Enriqueciendo esta idea, se identifican tres niveles de acceso que están conectados por factores individuales, organizacionales y comunitarios que se presentan en la figura:

Figura 1,

Niveles de entrada para los servicios de salud



Fuente: adaptado de Mejía, (2007)

Se ha definido como disponibilidad el grado de adaptación entre las características de la población y los recursos. Se valora en el contexto de las interacciones entre los usuarios y los recursos del sistema de salud y es uno de los factores que determina la excelencia en la prestación de los servicios.

La calidad está determinada, entre otras cosas, por la facilidad o dificultad de acceder a los servicios de salud y, una vez obtenidos, por el calibre de la atención

brindada (Equipo de Vigilancia en Salud Pública, 2015)

Antes de recibir los servicios de salud, una persona primero debe experimentar una necesidad médica, luego debe realizar una solicitud de esos servicios y, finalmente, el acceso se realiza a través de la prestación de servicios.

La demanda de servicios de salud y la necesidad de atención médica son dos cosas distintas, independientemente se requiere atención médica, lo primero sucede cuando las personas experimentan un problema de salud, lo segundo está influenciado por variables como el nivel de ingresos, los gastos de atención y la percepción del estado de salud o la gravedad del problema de salud como lo es el tratamiento de cáncer de mama (Ayala, 2014).

El modelo de competencia regulada, que se caracteriza por la implementación de un mercado regulado donde las aseguradoras compiten por la afiliación de la población, es uno de los cambios a los sistemas de salud que se han impulsado en América Latina con el objetivo de mejorar el acceso a la atención. Con la reforma propiciada por la Ley 100 de 1993, Colombia fue una de las primeras naciones de la región en adoptar este modelo (Vargas Lorenzo I, 2010).

Aunque el objetivo de la Ley 100 de 1993 era hacer que la atención médica fuera más accesible en Colombia, el aumento de la cobertura fue solo uno de varios factores que afectaron la frecuencia con la que las personas usaban los servicios. Puede ser un desafío obtener atención médica si es necesario, incluso para aquellos que están cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), debido a algunos factores.

Algunas de estas barreras son causadas por la demanda, por ejemplo, la falta de instalaciones de atención o un servicio deficiente, mientras que otras son causadas por la oferta, por ejemplo, la falta de recursos financieros adecuados o la percepción entre el público en general de que necesitan atención médica. Cuidado (Ayala, 2014).

Las dificultades de ampliar ampliamente la inclusión en el seguro médico se han

discutido en el contexto de la obtención de atención médica. El acceso a los servicios es posible gracias a una serie de factores, pero la inclusión de seguros es sólo uno de ellos.

De hecho, hay un continuo aumento de denuncias ante la Defensoría del Pueblo y la Superintendencia de Salud, así como de recursos de amparo interpuestos contra aseguradoras ante la Corte Constitucional por las restricciones que imponen a la entrega de medicamentos, operaciones y pruebas diagnósticas, entre otras. otras cosas, tanto cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud como excluidas de la protección (Vargas Lorenzo, 2017)

De acuerdo con la metodología de Aday y Andersen, los factores que favorecen el uso del cuidado están asociados a rasgos sociodemográficos, creencias y actitudes hacia el empleo y conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios (Vargas, 2017).

Con el fin de promover la salud, y de poder prevenir enfermedades, los establecimientos de atención médica se desarrollaron como organizaciones sociales para satisfacer las necesidades de bienestar de una comunidad. Estas instituciones mejoran en gran medida el bienestar y la calidad de vida de la población. (Equipo de Vigilancia en Salud Pública de Chapinero, 2013).

Según la OMS (2020), el término “cáncer” es un término general que abarca una amplia gama de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. También se incluyen los tumores benignos o malignos, también denominados “*neoplasmas malignos*”. En un tumor benigno, las células crecen sin control sin trasladarse a otras regiones del cuerpo.

Aunque los tumores benignos generalmente no ponen en peligro la vida, con frecuencia deben extirparse porque, a medida que crecen, la presión que ejercen sobre los órganos circundantes puede eventualmente causar daño (DMedicina , 2009).

El cáncer se caracteriza por la reproducción acelerada de células anormales que se propagan más allá de sus límites normales y pueden invadir partes circundantes del cuerpo o diseminarse a otros órganos, un proceso conocido como metástasis. Si el tumor es maligno, las células que lo forman tienen la capacidad de extenderse a otras zonas del cuerpo y también pueden proliferar en estos órganos, una de las razones más común de muertes relacionadas con el cáncer es la metástasis (OMS, 2020)

El cáncer es causado por la conversión de una célula normal a una célula tumoral; este proceso complejo implica típicamente el desarrollo de una lesión precancerosa en un tumor maligno. Estos cambios son el resultado de la interacción entre la composición genética de una persona y los factores externos (físicos, químicos y biológicos) que contribuyen al desarrollo de este.

Un elemento crucial adicional en el desarrollo del cáncer es el envejecimiento, esta patología se está volviendo más común con el tiempo, posiblemente como resultado de la acumulación de factores de riesgo para ciertos tipos de cáncer. La tendencia de los mecanismos de reparación celular a degradarse con el tiempo se ve incrementada por la acumulación global de estos factores de riesgo (OMS, 2020).

La detección y el tratamiento tempranos de los casos pueden reducir la tasa de mortalidad por cáncer, dos componentes conforman las medidas de detección temprana.

La detección temprana es clave para poder diagnosticar y tratar rápidamente las neoplasias de piel, mama, colon y recto, así como las de la cavidad bucal. Esto significa ser consciente de los primeros síntomas y signos. La detección temprana es especialmente importante cuando no se dispone de técnicas de detección fiables o cuando, como suele ocurrir en entornos con recursos limitados, no se realizan intervenciones de detección y tratamiento.

El tamizaje tiene como objetivo es localizar a los pacientes que presentan anomalías que apuntan a un cáncer o una lesión precancerosa en particular para que puedan ser diagnosticados y tratados con prontitud. Para los cánceres comunes, para los

cuales existe una prueba de detección de bajo costo disponible y bien tolerada por la mayoría de la población en riesgo, los programas de detección son particularmente efectivos. (OMS, 2020).

En cuanto a la terapia esta se da que cada tipo de cáncer requiere un tratamiento único que puede incluir una o más alternativas, como cirugía, radioterapia o terapia con medicamentos, un diagnóstico de cáncer preciso es crucial para un curso de acción eficaz y eficiente. Curar el cáncer o extender significativamente la vida es el objetivo principal. También se debe mejorar la calidad de vida del paciente, lo que se puede lograr brindándole atención emocional y de alivio. (OMS, 2020).

El médico realiza una clasificación en la que determina el tamaño, los ganglios afectados y el grado de metástasis o extensión a otros órganos para administrar el tratamiento más adecuado. El método de clasificación más utilizado es el sistema TNM, que fue desarrollado por el Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer.

Cada letra denota una cualidad que se describe con un número: T (tamaño), seguido de un número del 0 al 4, denota el tamaño del tumor; cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número; N (nódulos), del 0 al 3, denota los ganglios linfáticos afectados por las células cancerosas; M (metástasis) y un 0 o un 1 indica si el cáncer se ha propagado a otros órganos. (National Cancer Institute, 2016).

Los cuidados paliativos son como su nombre lo indica, se concentran en controlar los síntomas del cáncer en lugar de tratar la enfermedad en sí. Pueden ayudar a los pacientes a vivir más cómodamente; esta es una necesidad humanitaria crucial para las personas de todo el mundo que padecen cáncer u otras enfermedades crónicas mortales.

Son particularmente necesarios en áreas con una alta prevalencia de pacientes con enfermedad avanzada que tienen pocas posibilidades de recuperación. Más del 90% de los pacientes con cáncer en etapa avanzada pueden aliviar sus problemas físicos, psicosociales y espirituales con cuidados paliativos (OMS, 2020).

Uno de los aspectos esenciales en el cuidado del cáncer es la prontitud con la que se comienzan los tratamientos, *"en el contexto del cáncer de mama, los retrasos se han vinculado con una tasa de supervivencia más baja: si pasa más de tres meses desde que los síntomas aparecen hasta que se inicia el tratamiento, la supervivencia en general se reduce en un 12%"* (Ramírez, 1999).

A pesar de la importancia del enfoque terapéutico, otro factor crucial para la supervivencia es la relación entre la demora y el nivel clínico (Unger- Saldaña, 2009).

Debido a esto, algunas naciones han impuesto plazos para el caso de las mujeres que sospechan que una mujer con sospecha de cáncer de mama puede obtener un diagnóstico y comenzar el tratamiento. En Colombia, existe un plazo máximo de 30 días para confirmar el diagnóstico, 45 días para clasificar los estadios después de confirmado el diagnóstico y 30 días para iniciar el tratamiento a partir de ese momento.

La mayor parte de la investigación sobre el cáncer de mama se ha concentrado en la demora en el diagnóstico, que varía ampliamente y puede ser entre 1 punto 4 por ciento y 19 por ciento más de lo previsto. El retraso en el diagnóstico ha sido más notorio en los casos en que la paciente descubre las masas por sí misma, en síntomas que no sugieren masa, en mujeres con mayor nivel educativo y en mujeres más jóvenes.

Además, las mujeres de grupos económica y socialmente desfavorecidos enfrentan barreras más importantes para acceder a los servicios de salud, lo que provoca que los tumores se manifiesten en etapas más tardías y que el tratamiento se retrase y se cumpla menos.

Según un informe colombiano, existen diferencias en el tratamiento del cáncer de mama según el sistema de salud. Las mujeres que están inscritas en el programa subsidiado por el gobierno y las que no lo están enfrentan diferentes desafíos de

acceso debido a la distancia, los costos y los problemas administrativos (Velásquez-De Charry, 2009).

Unger-Saldaña confirmaron que *"la demora en el diagnóstico del cáncer de pecho está determinada tanto por el paciente como por el proveedor, el lapso promedio total entre la detección de los síntomas y el inicio del tratamiento fue de 7 meses y el mayor retraso (4 meses) sucedió entre la primera consulta en atención primaria y la validación del diagnóstico"* (Bright, 2015).

Si bien la literatura sugiere que los usuarios en Colombia pueden enfrentar algunas barreras de acceso, es obvio que el sistema de salud del país debe garantizar, a través de políticas públicas de salud, la accesibilidad de las diversas técnicas de diagnóstico.

Para que todos los ciudadanos colombianos, independientemente de su condición socioeconómica o pertenencia a un determinado grupo racial, puedan beneficiarse de los mismos privilegios a los que legalmente tienen derecho en materia de igualdad de oportunidades (Quiroz, 2005). Sin embargo, según las estadísticas, hay casos en los que las muertes relacionadas con el cáncer en comunidades vulnerables podrían haberse evitado si hubieran tenido acceso a una detección temprana y, en consecuencia, a un tratamiento eficaz (Piñeros, 2011).

Por el grave declive en la calidad de vida de los colombianos provocado por la falta de diagnóstico y tratamiento de enfermedades en sus primeras etapas, particularmente por las condiciones socioeconómicas de nuestra nación, como lo ha señalado Sánchez (2017), esto ha permitido como consecuencia de la precaria situación económica de los colombianos, que imposibilita la garantía de sus derechos, la tasa de mortalidad por esta enfermedad en nuestro país se ha incrementado significativamente. Además, a pesar de que son las principales responsables de prestar los servicios de salud a los que tiene derecho cada asegurado, las compañías de seguros imponen una serie de cargas administrativas a los consumidores.

Obstáculos de entrada a los servicios de salud para las mujeres diagnosticadas con neoplasia mamaria

Se debe garantizar la capacidad del usuario para acceder a los servicios de salud que ofrece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la posibilidad de recibir los servicios que requiere sin demoras que pongan en peligro su vida o su salud para lograr la excelencia en la atención. calidad de la atención médica.

Este rasgo tiene que ver con cómo se prestan los servicios en relación con la demanda y qué tan bien se coordinan las instituciones para controlar el acceso a los servicios (Minsalud, 2006).

En ese proceso están implicadas múltiples etapas: el incentivo que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para establecer comunicación con los servicios de salud y su satisfacción final; además de los obstáculos para ingresar, el acceso también puede dificultarse a la estructura u organización típica de la fuente habitual de servicios o centro de atención al que acuden los usuarios las cuales pueden ser una EPS o una IPS.

El sistema también puede presentar barreras para la salida, lo cual dificulta la continuidad de la atención, no se resuelve la demanda o esta queda insatisfactoriamente atendida (Rodríguez S, 2008)

Todavía hay personas sin protección médica en Colombia, ya que los servicios de salud son inadecuados tanto en zonas rurales como urbanas, se han presentado numerosos casos de corrupción relacionados con el uso indebido de los recursos públicos por parte de los organismos encargados de la salud, y las falencias en la materia. de salud pública son cada vez más evidentes (Tovar Cuevas LM, 2014).

Dado que una persona con cáncer en el país debe lidiar a diario con un sistema complejo que incluye elementos políticos, sociales y económicos además de su enfermedad (Díaz Toro YR, 2014).

Numerosas investigaciones en Colombia han permitido entender que existen tres tipos de barreras: las propias del individuo (como las propias o culturales), las relativas a los desafíos del sistema de salud y, por último, las relativas a la personal sanitario (Tamayo Acevedo LS, 2009).

Según otros estudios, la población colombiana enfrenta obstáculos adicionales para acceder a los servicios de salud, incluidos problemas de disponibilidad, accesibilidad, administración y restricciones financieras y geográficas. (García Subirats I, 2014).

Los pacientes están enredados en un laberinto de procesos complicados que actúan como obstáculos para recibir los derechos y beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud que les corresponden. Debido a esta circunstancia, no pueden recibir un diagnóstico preciso y, en consecuencia, no pueden recibir rápidamente el tratamiento necesario "*se presentan dificultades serias en el estado de salud del paciente, lo cual tiene un impacto negativo en su calidad de vida*" (Díaz Toro, 2014)

Los resultados de una investigación realizada en 12 países muestran que, para las mujeres con cáncer de mama, la mayoría de los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento se deben a retrasos sistémicos, que promedian entre 10 a 20 semanas, a diferencia de los retrasos solo de pacientes, esto significa que el promedio es de 12 semanas. Según (Sánchez G, 2015), el sistema de salud estaba sujeto a una serie de restricciones, entre ellas: a) restricciones estructurales; b) restricciones administrativas; y c) restricciones económicas. (Garcés Palacio IC, 2014).

Varias de las restricciones limitan el acceso al sistema de salud y están asociadas a la estructura del SGSSS. Estos incluyen problemas con la gestión de archivos, aspectos únicos del proceso de registro y falta de sincronización en la entrega del servicio (Garcés Palacio, 2014).

Para completar los procesos de autorización y recibir atención médica, las mujeres debían realizar numerosos viajes a varios lugares remotos, como lo destacan Garcés y

sus colegas en una investigación sobre las barreras relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas en Medellín.

Muchas veces, los procedimientos no tuvieron éxito y los pacientes fueron transferidos a otro centro de atención sin recibir primero la aprobación del procedimiento o programar una reunión con el experto. (Garcés Palacio, 2014).

Otro estudio consultado fue el que realizó Astudillo y su equipo, los cuales hicieron seguimiento a pacientes diagnosticados con cáncer de próstata, se pudo evidenciar que uno de los principales desafíos es la dificultad para acceder al sistema de salud y la limitada disponibilidad de opciones de tratamiento: los costos son altos, es difícil obtener atención especializada debido a los numerosos procedimientos con la EPS, y no es posible acceder al tratamiento de manera oportuna (Astudillo MNM, 2011).

Las adherencias son uno de los inconvenientes; es importante tener en cuenta las peculiaridades del sistema de adhesión. Las anomalías citológicas son una de las investigaciones que fueron consultadas; se determinó que era difícil cambiar de aseguradora o afiliarse al sistema subsidiado después de perder el trabajo, lo que generaba períodos de separación sin acceso a atención médica.

En ocasiones, se hace necesario reiniciar la evaluación porque el paciente no estuvo presente porque la EPS no se comprometió a dar continuidad en la atención. Según los informes, las aseguradoras niegan la atención por problemas de adhesión, falta de acuerdos con las organizaciones que prestan los servicios y diferencias en el acceso a los trámites según el tipo de adhesión (Garcés Palacio, 2014).

Ceballos y Giraldo demostraron que las mujeres con cáncer de mama encuentran barreras para recibir atención médica. Estos incluyen no tener seguro médico o cobertura para estos servicios, falta de comunicación entre pacientes y proveedores de atención médica, falta de experiencia por parte de los proveedores para determinar la urgencia de la atención y la angustia que causa, falta de conocimiento por parte de los proveedores sobre los recursos de la comunidad y, por último, un sistema de responsabilidad y garantía de calidad mediocre en la prestación de los

servicios de atención. bienestar (Ceballos García, 2011).

Las barreras administrativas, que incluyen problemas y demoras en la programación de citas, largos tiempos de espera, problemas con las aprobaciones y malos tratos, son otro desafío importante que enfrentan. Estos obstáculos impiden el debido seguimiento relacionado con la prestación del servicio por parte de las compañías de seguros y la red de centros de salud públicos que ofrecen atención médica (Garcés Palacio, 2014).

Otro problema es el retraso en la asignación de citas, según el estudio de Garcés y su equipo sobre anomalías citológicas, las barreras en el proceso de asignación de citas fueron: atención telefónica inadecuada, falta de personal para derivación a especialistas, trámites dependientes de la autorización de pruebas diagnósticas como biopsia, colposcopia y ecografía, asignación de citas para tratamiento y seguimiento de los procedimientos realizados.

Un estudio realizado por Rodríguez y su equipo en Bogotá que identificó obstáculos en el nivel inicial arrojó una conclusión similar. Estos desafíos incluyen la imposibilidad de registrarse en las bases de datos, la falta de documentación de pago, la falta de disponibilidad en la agenda y la apariencia de no estar afiliado o inactivo (Rodríguez Hernández JM, 2015). Los problemas de programación de citas también provocan retrasos.

Piñeros y compañía. señaló que la disponibilidad de equipos de mamografía y radiólogos capacitados es un factor que podría justificar la demora en el diagnóstico. Los tiempos de espera se han incrementado en los lugares donde se han utilizado estrategias de detección organizada debido a la alta demanda de pruebas diagnósticas, que excede la capacidad de atención disponible (Piñeros, 2011).

La atención de pacientes en unidades operativas, donde se garantiza una atención integral y se siguen las pautas médicas, está relacionada con el tratamiento del cáncer de mama y es otro elemento crucial para la sostenibilidad financiera del sistema. En ausencia de estos requisitos previos, existe una mayor probabilidad de

que los proveedores de atención médica soliciten procedimientos sin sentido y las aseguradoras limiten el gasto sin razón (Wiesner, 2016).

Los participantes debían madrugar y hacer largas filas para solicitar citas médicas y obtener permisos, el número de citas disponibles era limitado y en varias ocasiones no fueron atendidos, según Garcés y sus colegas en su investigación sobre irregularidades citológicas (Garcés Palacio, 2014).

Según un estudio sobre las percepciones de los hombres sobre el cáncer de próstata, los sistemas de salud vinculados y subsidiados de Colombia tienen importantes inconvenientes en comparación con el sistema de salud contributivo. Los hombres evitan el sistema de salud debido a los largos tiempos de espera y los altos costos de las consultas especializadas.

En el estudio sobre los obstáculos y facilitadores del sistema de salud Garcés y colaboradores *"llegaron a la conclusión de que las compañías de seguros retrasan o rechazan la autorización de servicios: pruebas de diagnóstico, consultas con especialistas y tratamientos; incluso aquellos que están permitidos según la ley colombiana"*. Para solicitar el servicio debían utilizar formularios específicos, lo que les dificultaba agilizar el proceso y los dejaba meses de espera sin recibir atención médica. También informaron que había mucho papeleo y otros documentos para presentar, cambios frecuentes en los procedimientos administrativos, y estos problemas les dificultaron obtener la ayuda que necesitaban (Garcés Palacio, 2014).

En su investigación sobre el cáncer de mama, Wiesner señaló que las aseguradoras emplean medidas de reducción de costos como retrasar la creación oportuna de autorizaciones para determinados procedimientos de detección temprana como resultado del alto costo asociado con la evaluación.

Es posible que algunas aseguradoras no aprueben la orden de un médico general para una mamografía de detección; en cambio, solo pueden aprobar dichas órdenes cuando provienen de un especialista, lo que puede retrasar un diagnóstico preciso

(Wiesner, 2016).

“Debido a graves fallas en la comunicación, Rodríguez y su equipo descubrieron barreras para buscar atención y acceso que impedían que las personas obtuvieran la atención médica que necesitaban con urgencia. Esto se debe a las limitaciones establecidas por algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS), que requieren la necesidad de autorizaciones para programar citas con especialistas, operarse y recibir medicamentos. Otro factor es que, en ocasiones, para recibir tratamiento es necesario demostrar que fuiste derivado a una IPS con experiencia en el tratamiento del cáncer. Con frecuencia, esto se debe a la falta de convenio con la EPS, y puede requerirse documentación adicional, como fotocopias, resúmenes de la historia clínica y resúmenes de alta” (Rodríguez Hernández, 2015).

Desde el punto de vista de las políticas de salud del gobierno colombiano, también es bien conocido que los hospitales estatales tienen dificultades para obtener los medicamentos necesarios para este tipo de tratamiento y distribuirlos a los pacientes. La falta de compromiso tiene un impacto negativo en la disponibilidad de los servicios oncológicos públicos. Es crucial contar con instalaciones adecuadas para hacer frente a estas enfermedades hasta que se asegure la cobertura universal de la población (Velásquez de Charry, 2009).

En su investigación sobre el cáncer de mama, Garcés y sus asociados informaron numerosos casos de maltrato por parte del personal administrativo en diferentes instituciones sistémicas que los participantes del estudio debían visitar. Dado que en ocasiones las solicitudes de autorización no eran suficientemente atendidas cuando se solicitaba una explicación de los procedimientos, el trato agresivo por parte del personal directivo repercutía en la calidad de la atención (Garcés Palacio, 2014).

El comportamiento agresivo del personal administrativo repercutió en la calidad de la atención porque, en ocasiones, cuando se solicitaba una descripción de los procedimientos, las solicitudes de permiso no recibían la suficiente atención (Wiesner Ceballos C, 2006).

Parece que el acceso ahora está restringido no solo por tener que pagar la prima del

seguro, sino también por los copagos, las tarifas del moderador y los costos de transporte, entre otras cosas, a lo largo del tiempo (Wiesner, 2006).

En una revisión del cáncer de mama, los participantes mencionaron con frecuencia que tenían que pagar los gastos de viaje, las pruebas de células, otros exámenes de detección, las visitas al médico general y al especialista, los medicamentos, las terapias y los copagos; varias mujeres incluso tuvieron que renunciar a sus trabajos para obtener permisos, lo que aumentó su vulnerabilidad financiera (Garcés Palacio, 2014).

Otro estudio realizado por Velásquez et al. admite las limitaciones que ya se han mencionado. sobre la equidad y el acceso al tratamiento del cáncer de mama, llegaron a la conclusión de que la principal barrera para que las mujeres usaran las intervenciones terapéuticas incluidas en su tratamiento era tener que viajar a otra ciudad, luego obtener la aprobación de las entidades pagadoras y pagar los costos de los medicamentos. Independientemente de sus características personales, la desigualdad de las mujeres depende de su afiliación a la seguridad social en salud (Velásquez de Charry, 2009).

Una de las dificultades, según Ceballos y Giraldo, es la imposibilidad de implementar los estándares de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento. Otra dificultad es el uso precipitado de recursos y métodos diagnósticos, así como la descoordinación y desintegración de la atención que requieren estos pacientes (Ceballos, 2011).

Otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología muestra que algunos profesionales médicos no se adhieren a las guías de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama debido a restricciones en la autonomía del médico, falta de flexibilidad en el ambiente clínico, la convicción de que la propia experiencia es más valiosa que una guía de práctica clínica, la falta de cultura para usarla y la preocupación de que las guías no siempre sean útiles (Pedraza RS, 2004).

Cuando se habla de cáncer, es importante tener en cuenta factores que tienen un impacto en la salud de los colombianos y están muy relacionados con las costumbres,

como la situación demográfica, el cambio en la incidencia de la enfermedad, la industrialización y la crisis económica. lo que podría exacerbar la situación del cáncer en el país (Vargas J, 2009).

Como en esto no influye únicamente la oferta o promoción de las entidades de salud del SGSSS, los factores que inciden en la adopción de conductas saludables y preventivas pueden ser diversos, es a partir de sus percepciones y valoraciones individuales o grupales sobre las consecuencias que acarrearán dichas prácticas, las personas pueden decidir sobre prácticas preventivas (Tamayo, 2009).

Algunas mujeres con cáncer de mama presenciaron el proceso de tratamiento de primera mano a través de los ojos de sus familiares, y estos encuentros influyeron en su decisión de comenzar sus propios tratamientos. Algunas de estas mujeres eligieron el curso de acción convencional, mientras que otras eligieron uno diferente. La decisión de una mujer de renunciar al tratamiento puede estar influenciada por experiencias traumáticas previas que incitan a algunas mujeres a buscar otras opciones (Ceballos, 2011).

Según Restrepo Zea JH (2014), existen una serie de razones por las que las personas optan por no utilizar los servicios, entre ellas la percepción de que los servicios de salud son de baja calidad, sentimientos de miedo o vergüenza al recibir atención, falta de confianza en los profesionales médicos y el curso de acción recomendado.

Según Olivares Crespo, para *"la mayoría de las personas hablar de tumor implica enfermedades graves, así como tratamientos invasivos o incluso la muerte"*. El diagnóstico de un tumor generalmente se considera un evento vital estresante que tendrá un impacto en la persona que lo recibe, así como en su familia inmediata y su red social. El tumor es un evento estresante que tiene diferentes efectos en diferentes personas. Desencadena una reacción emocional de ansiedad, que suele ser más intensa cuando la persona siente que sus recursos para hacer frente a esta amenaza son insuficientes para controlar o gestionar las consecuencias negativas que se prevén (Olivares Crespo, 2004)

Cuando se examinaron las causas y efectos de los retrasos en el diagnóstico del cáncer y la evolución clínica en el caso de Colombia, se encontró que los factores sociales pueden actuar como barreras de entrada y provocar retrasos en el diagnóstico. así como en la terapia. (Piñeros, 2011).

En un estudio sobre el cáncer de mama realizado por Ceballos y Giraldo, todas las mujeres pensaban que estaban sanas antes de recibir el diagnóstico. Nunca consideraron la posibilidad de que pudieran desarrollar una condición que pusiera en peligro sus vidas. Incluso después de que comienzan a presentar síntomas, continúan manteniendo esta falta de percepción de riesgo porque todavía piensan en el cáncer como una enfermedad terrible que solo afecta a las personas sanas (Ceballos, 2011).

El sistema económico, la falta de regulación, el poco control sobre los precios de los medicamentos, la escasez de especialistas, la ausencia de sistemas integrados de información y otros factores son solo algunas de las barreras externas y geográficas que debe superar la población colombiana.

El estatus económico y social son dos barreras estructurales: los estratos sociales más bajos tienen tasas de frecuencia y mortalidad más altas que los estratos más altos. Las diferentes exposiciones a los factores de riesgo, incluyendo la educación y las condiciones de trabajo, el nivel de formación, el comportamiento sexual y reproductivo, los agentes biológicos y, en general, los comportamientos, hábitos y consumos relacionados con la estratificación, explican estas diferencias por clase social. (Comida, alcohol, tabaco y sedentarismo) Social.

La marginación social de los asegurados, esta categoría plantea cómo se recibe la atención exclusiva como resultado de una serie de circunstancias que determinan el acceso, entre las que se mencionan las interacciones sociales, el origen (rural o urbano), el nivel socioeconómico, la apariencia, la ocupación y el nivel de ingresos. (Guillermo, 2014).

Se pone de manifiesto que desconocen sus derechos, no reconocen la salud como un

derecho y no comprenden sus derechos como consumidores del sistema de salud. La falta de información dificulta la presentación oportuna y precisa de reclamos de copagos por servicios, largos tiempos de espera para citas y la entrega de medicamentos y suministros.

Las personas desconocen las leyes que garantizan la protección de este tipo de graves trastornos, y las instituciones médicas no les informan adecuadamente sobre los pasos para obtener tratamiento. También carecen del apoyo de sus familiares.

Las restricciones geográficas son uno de los problemas relacionados con las limitaciones financieras, las largas distancias de viaje, los problemas de transporte y la salud de los pacientes con cáncer.

En el contexto del centro y la periferia, existen barreras al desplazamiento desde las áreas rurales que reciben diferente atención en la capital, donde se concentra la mayor parte del personal y la tecnología, en comparación con las ciudades intermedias, donde se piensa que la red de proveedores es insuficiente.

Muchos pacientes deben viajar desde otras zonas para acceder a estos servicios porque la red de proveedores de servicios de cáncer en Antioquia, particularmente en lo que respecta al tratamiento, está centralizada en Medellín (Salas Zapata C, 2010).

Las restricciones laborales incluyen cosas como la posibilidad de obtener condiciones de trabajo seguras, la posibilidad de obtener una pensión y más. Uno de los efectos más significativos de perder el trabajo por enfermedad es la transición a la economía no formal (Guillermo, 2014).

Uno de los problemas importantes con el sistema que proviene de la aseguradora, el proveedor o el plan de beneficios. Las dificultades planteadas por la aseguradora están asociadas a los trámites para acceder a la atención, así como a la inadecuada contratación de prestadores y prestadores (Convenio con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos). Uno de los mayores desafíos es

cancelar acuerdos con empresas proveedoras y detener su suministro a estas instituciones.

Conclusiones

En este momento, obtener atención médica para el cáncer de mama puede ser un desafío por varias razones. Algunos de estos factores incluyen la falta de adaptación de los servicios de salud a la distribución del riesgo en la población femenina, la necesidad de esperar en largas filas o atravesar trámites complicados para acceder al servicio, retrasos en la entrega de resultados y la percepción de desorden administrativo.

Todos los estudios de mamografía que se consultaron llegaron a la misma conclusión. Se identificaron problemas del sistema de salud como la falta de seguro médico, largos tiempos de espera, procedimientos de acceso complicados, retrasos en la recepción de resultados y la falta de explicaciones sobre los procedimientos por parte de los profesionales médicos.

El cambio al sistema de salud trajo consigo desafíos iniciales, mala calidad de los servicios de salud, separación representada por personas que aún no están registradas, desmantelamiento de la red gubernamental de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria, agravamiento de las barreras económicas y retrocesos en estadísticas de salud. salud pública; factores que han motivado acciones judiciales para proteger el derecho a la salud de las personas a través de la Defensoría del Pueblo.

Las personas que se ven afectadas por la negación de servicios de atención médica especializada, pruebas de laboratorio, evaluaciones diagnósticas y prescripciones médicas se ven obligadas a interponer recursos legales con acciones de protección y solicitudes de derechos para obtener acceso a los servicios de salud que les han sido negados.

A la luz de lo que Díaz y su equipo descubrieron en su investigación sobre las protecciones legales del cáncer de mama, algunas pacientes experimentan una

situación compleja en la que se les niega tratamiento médico, consultas o se enfrentan a barreras que dificultan el acceso a la atención médica, lo que provoca a recurrir a acciones judiciales como el amparo para exigir el derecho a la salud.

Los servicios rechazados están en línea con lo informado por la Defensoría del Pueblo para el período 2019- 2021 en cuanto a los factores que motivaron la interposición de demandas en el ámbito de la salud: las solicitudes más frecuentes fueron de tratamientos (26.18 por ciento), seguidas de solicitudes de medicamentos (15,92 por ciento), consultas médicas (11,47 por ciento), cirugías (9,41 por ciento), prótesis, órtesis e insumos médicos (9,06 por ciento) y pruebas de diagnóstico por imagen (5,01 por ciento).

Frente a 96,45 en 2017, el índice de siniestros por cada 10.000 habitantes en 2018 fue de 104,54 siniestros. Esto demuestra que el ritmo de crecimiento del número de demandas interpuestas en el país sigue siendo más rápido que el ritmo de crecimiento de la población, tendencia que no se observa desde 2008, cuando la Corte Constitucional dictó la Sentencia T- 760. (Defensoría del Pueblo, 2014).

Finalmente, se puede concluir que es muy relevante la cantidad de mujeres que han tenido que hacer uso de la tutela para buscar la protección de un juez de tutela para poder acceder a los servicios de salud, superando así las trabas impuestas por los distintos actores del sistema de salud. ; con ello, se ha observado un incremento en el número de acciones de protección presentadas por los ciudadanos en busca de la garantía del derecho a la salud; sin embargo, no obstante, se utiliza indiscriminadamente. Desde hace muchos años, tanto el Plan Obligatorio de Salud (POS) como los no POS han utilizado esta herramienta legal como procedimiento estándar para obtener servicios.

Bibliografía

- Astudillo MNM, P. L. (2011). Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal, 2010. *Rev Hacia Promoc Salud.*, 16(2), 147- 161.
- Bright, K. (2015). *What Health Care System Delays Reveal About Inequalities in Breast Cancer*. Bostón : Annual Report to the Nation on the Status of Cancer.
- Ceballos García GY, G. M. (2011). Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan*, 11(40), 140- 157.
- Díaz Toro YR, G. O. (2014). Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. *Univ Salud.*, 16(2), 234- 245.
- DMedicina . (30 de marzo de 2009). <http://www.dmedicina.com/>. Obtenido de [www.dmedicina.com:](http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores2843.html)
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores2843.html>
- Equipo de Vigilancia en Salud Publica Comunitaria del Hospital Chapinero. Barreras de acceso a servicios de salud. (2015). *Barreras de acceso a servicios de salud*. Bogotá. Obtenido de <http://www.eschapinero.gov.co/web/pic/index.php/bibliotecadocumental/barreras-de-acceso/ano-2013-4/291-barreras-de-acceso-mayobarrios-unidos/file>
- Garcés Palacio IC, R. L. (19 de diciembre de 2014). Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas, . *Gerencia de las Políticas en Salud* , 1(42), 247- 255.
- García Subirats I, V. I. (2014). Desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria en los diferentes sistemas de salud: un estudio en los municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil. *Int J Equity Health*, 13(1), 117- 1135.
- García Ubaque J, Q. M. (2008). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. . *Rev Salud Pública Bogotá*, 10(4), 583- 592. Obtenido de

- <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=s>
- García Ubaque J, Q. M. (2008). Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. *Rev Salud Pública Bogotá*, 10(4), 583- 592.
- Mejía Mejía A, S. G. (marzo de 2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia. *Rev Salud Pública*, 9(1), 26- 38.
- Mejía Mejía A, S. G. (marzo de 2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia,. *Rev Salud Pública*., 9(1), 26- 38.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Informe sobre incidencia del Cáncer en Colombia* . Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.
- Minsalud. (2006). *Decreto 1011, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de*. Bogotá: MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- National Cancer Institute. (30 de 05 de 2016). <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>. Obtenido de www.cancer.gov: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>
- Olivares Crespo, M. (2004). Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Psicol Latinoam*, 22(1), 29- 48.
- OMS. (2020). <http://www.who.int/>. Obtenido de www.who.int: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Pedraza RS, O. N. (2004). Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Fac Med*., 52(4), 250- 253.
- Piñeros, M. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Salud pública Mexicana*, 478- 485.
- Ramírez, A. (1999). Factores que predicen el retraso en la presentación del cáncer de mama sintomático: una revisión sistemática. *Lancet*., 1127- 1131.
- Restrepo Zea JH, S. M. (19 de diciembre de 2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. . *Gerenc Políticas Salud*, 13(27).

- Rodríguez Hernández JM, R. D. (junio de 2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*, 20(6), 1947- 1958.
- Rodríguez S, R. V. (2008). Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Econ Caribe*, 1(2), 106- 129.
- Salas Zapata C, G. R. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia,. *Rev Panam Salud Publica*, 28(1), 9- 18.
- Sánchez G, N. C. (diciembre de 2015). Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Biomédica.*, 35(2), 505- 512.
- Sánchez Torres, D. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-87. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/>
- Tamayo Acevedo LS, C. M. (2009). Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc.*, 27(2), 177- 186.
- Tovar Cuevas LM, A. Q. (1 de julio de 2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000- 2013: revisión sistemática crítica. *Revista Gerencia Políticas en Salud*, 13(27), 265- 270.
- Unger-Saldaña, K. &. C.-s. (mayo de 2009). El retraso en la atención médica del cáncer de mama: una revisión de la literatura. *Salud Pública de México.*, 51(2), 270- 285. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/scielo.php>
- Vargas J, M. G. (Mayo de 2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública.*, 27(2), 121 - 130.
- Vargas Lorenzo I, V. N. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*, 12(5), 701- 712.
- Vargas Lorenzo, I. (2017). *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Obtenido de

[http://docplayer.es/929567- Barreras-en-el-acceso-a-la-atencion-en-salud-en-modelos-de-competenciagestionada-un-estudio-de-caso-en-colombia.html](http://docplayer.es/929567-Barreras-en-el-acceso-a-la-atencion-en-salud-en-modelos-de-competenciagestionada-un-estudio-de-caso-en-colombia.html)

Velásquez de Charry L, R. G. (enero de 2009). Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública México*, 51(2), 246-253. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800015

Vélez Arango AL, R. D. (2007). Acción de Tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales. *Rev Salud Pública*, 9(2), 297-307.

Wiesner Ceballos C, V. V. (2006). La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública.*, 8(3), 185-196.

Wiesner, C. (junio de 2016). La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 20, 49-51.