

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**BARRERAS Y PERCEPCIONES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE  
SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA.  
CONSULTANTES Y PRESTADORES, CARTAGENA 2016**

**Por**

**VERONICA DEL CARMEN CASTRO BOCANEGRA**

**Tesis para optar por grado de “Magister de la Universidad del Norte en  
Salud Pública”**

**Barranquilla, Marzo 2017**



**BARRERAS Y PERCEPCIONES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE  
SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA.  
CONSULTANTES Y PRESTADORES, CARTAGENA 2016**

**VERÓNICA DEL CARMEN CASTRO BOCANEGRA**

**Estudiante. Postgrado Maestría en Salud Pública**

**RAFAEL DE JESÚS TUESCA MOLINA**

**Director de Trabajo de Grado**

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**BARRANQUILLA, 2017**



El Dr. Rafael Tuesca Molina, coordinador - docente de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Norte y docente del Departamento de Salud Pública, perteneciente a la División Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

Informa:

Que el trabajo titulado: **"Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016"** ha sido realizado bajo mi tutoría y dirección por la candidata a título de Magister en Salud Pública: Verónica del Carmen Castro Bocanegra, considerando que este trabajo reúne las condiciones para ser sustentado y optar al grado de magister.



Rafael Tuesca Molina. MD-MsC-PhD  
Coordinador Maestría en Salud Pública  
Departamento de Salud Pública

“La Universidad del Norte, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

**ESTA TESIS DE MAESTRÍA HA SIDO APROBADA POR LA MAESTRÍA EN  
SALUD PÚBLICA, DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DIVISIÓN  
CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**RAFAEL DE JESÚS TUESCA MOLINA**

---

**Director de Tesis**

---

**JURADO 1**

**Dr. xxxxxxxxxxxx**

---

**JURADO 2**

**Dr. xxxxxxxxxxxx**

## **AGRADECIMIENTOS**

*Sin lugar a dudas, mi mayor agradecimiento es al Santo de los Cielos. Sólo a Él le debo los logros que he cosechado a lo largo de mi vida. Él, que ha demostrado - y continúa haciéndolo - su fidelidad hacia mí, permitiendo que cada uno de mis metas, sueños y pensamientos sean afianzados en su tiempo, en su perfecto momento.*

*A mi padre, amoroso hombre por el cual daría mi vida y la otra si existiera. Al que siente por mí, se alegra de mis éxitos, sufre por mis caídas y siempre está demostrándome silenciosamente su apoyo incondicional.*

*A mi madre, la mujer que aprovecha cada instante de su vida para manifestar su amor y disfrutar el tiempo que podemos compartir.*

*A mis tías, cada una de ellas que se preocupan por mi bienestar y cuidado desde pequeña hasta la actualidad.*

*A mi esposo, ese hombre comprensivo y paciente al que en ocasiones abandone para dedicarme a mi crecimiento profesional y obtener la recompensa del deseo cumplido.*

*A mis amigos que con sus palabras motivadoras, incitan a continuar por este camino difícil de transitar pero que permite conquistar grandes triunfos.*

*A los profesionales de la salud, mujeres con Cáncer de mama y demás colaboradores que con su sensibilidad y aportes enriquecieron este estudio.*

*A mi director de tesis que dedicó su tiempo, conocimientos y experiencia para sacar adelante este proyecto. A mis compañeros de maestría con los que compartí inolvidables momentos que propiciaron grandes lazos de amistad.*

**A TODOS, INFINITAS GRACIAS.**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	18
1.1 Problema De Investigación .....	18
1.2 Formulación Del Problema .....	21
2. Justificación Del Problema.....	22
3. Marco Teórico Y Estado Del Arte.....	27
3.1.1 Aspectos Clínicos Del Cancer De Mama .....	29
3.2 Barreras De Acceso.....	37
4. Propósito Del Estudio .....	42
5. Objetivos.....	43
5.1 Objetivo General.....	43
5.2 Objetivos Específicos .....	43
6. Metodología .....	44
6.1 Diseño Metodológico. ....	44
6.2 Población.....	45
6.2.1 Criterios De Inclusión .....	47
6.2.2 Criterios De Exclusión .....	47
6.3 Variables De Estudio. (Ver Anexo A) .....	47
6.4 Plan De Recolección De Datos.....	52
6.4.1 Fuente Primaria.....	52
6.4.2 Fuente Secundaria.....	53
6.4.3 Sensibilización.....	53
6.5 Analisis De Datos .....	54
6.5.1 Analisis Cuantitativo .....	54
6.5.2 Análisis Cualitativo .....	55
6.6 Control De Sesgos .....	55
7. Aspectos Éticos .....	56
8. Resultados.....	57

8.1 Analisis Cuantitativo .....	57
8.2 Analisis Cualitativo .....	78
8.2.1 Percepción Del Personal Administrativo .....	79
8.2.2 Percepción Del Personal Medico (Medicos Bajo Nivel De Complejidad, Especialistas Y Subespecialistas) .....	90
8.2.3 Percepción De Las Pacientes.....	105
8.3 Categorías Emergentes .....	119
8.4 Matriz De Triangulación Por Técnicas .....	121
9. Discusión.....	126
10. Conclusiones .....	137
11. Recomendaciones .....	140
12. Bibliografía.....	143



## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
TABLA N° 1 Características sociodemograficas de la poblacion femenina diagnosticada con ca de mama de la ciudad de cartagena.....	59
TABLA N° 2 Conocimiento de la enfermedad y conductas relacionadas con la salud de la poblacion femenina diagnosticada con ca de mama de la ciudad de cartageNA.....	60
TABLA N° 3 Conocimiento de la etapa de la enfermedad al momento del diagnostico y en la actualidad de la poblacion femenina diagnosticada con ca de mama de la ciudad de cartagena.....	61
TABLA N° 4 Recursos financieros y distancia entre el lugar de vivienda y el punto de atención en salud de la poblacion femenina diagnosticada con ca de mama de la ciudad de cartagena. ....	61
TABLA N° 5 Oportunidad en la atención en la poblacion femenina diagnosticada con ca de mama de la ciudad de cartagena.....	62
TABLA N° 6 Conocimiento de la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.....	65
TABLA N° 7 Conocimiento de la etapa actual de la enfermedad y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	66
TABLA N° 8 Práctica del autoexamen de mama antes del diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	67
TABLA N° 9 Valoración de los senos por un médico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.....	68
TABLA N° 10 Empleo de medios judiciales y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	69

TABLA N° 11 Antecedentes directos con cáncer y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016 .....	70
TABLA N° 12 Impacto psicológico generado y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	71
TABLA N° 13 Pensar en algún momento que tendría cáncer de mama y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016 .....	72
TABLA N° 14 Disposición de programas de promoción y prevención y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	73
TABLA N° 15 Comunicación del centro de salud con la paciente posterior al diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.....	74
TABLA N° 16 Comunicación del centro de salud con la paciente al incumplir una cita y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	75
TABLA N° 17 Realización de todos los exámenes diagnósticos y de laboratorio y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.....	76
TABLA N° 18 Lugar de residencia cerca al centro de atención y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016. ....	77
TABLA N° 19 Percepción del personal administrativo bajo nivel de complejidad ..	79
TABLA N° 20 Percepción del personal administrativo coordinadores eps y gerentes de IPS .....	81
TABLA N° 21 Percepción del personal medico bajo nivel de complejidad .....	91
TABLA N° 22 Percepción del personal medicos especialistas y subespecialistas	94
TABLA N° 23 Hallazgos – Grupo Focal a Mujeres con CA de Mama .....	107
TABLA N° 24 Categorías emergentes. ....	119
TABLA N° 25 Matriz de triangulación por técnicas. ....	122

## LISTA DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfica N° 1 Variables de estudio. ....	52
Gráfica N° 2 Plan de recolección de datos. ....	54
Gráfica N° 3 Categorías de análisis contempladas en el estudio. ....	78
Gráfica N° 4 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal administrativo bajo nivel de complejidad. ....	85
Gráfica N° 5 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal administrativo coordinadores EPS y gerentes de IPS ....	88
Gráfica N° 6 Nube de palabras Personal Administrativo ....	89
Gráfica N° 7 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal Médico bajo nivel de atención ....	100
Gráfica N° 8 Nube de palabras Personal médico Bajo nivel de atención. ....	101
Gráfica N° 9 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Especialistas y subespecialistas ....	103
Gráfica N° 10 Nube de palabras Personal de salud (Especialistas Y Subespecialistas). ....	105
Gráfica N° 11 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Mujeres ....	113
Gráfica N° 12 Nube de palabras. Mujeres. ....	114
Gráfica N° 13. Barreras encontradas durante el acceso al sistema de salud con relación a la historia natural de la enfermedad y los niveles de atención en salud. ....	125

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A Operacionalización De Variables.....	151
Anexo B Encuesta A Mujeres Con Diagnóstico De Cáncer De Mama .....	155
Anexo C Preguntas Dirigidas A Grupo Focal Conformado Por Mujeres Con Ca De Mama .....	158
Anexo D Entrevista Personalizada Dirigidas A Personal Administrativo.....	161
Anexo E Entrevista Personalizada Dirigidas A Personal Medico (Medicos Generales, Especialistas Y Subespecialistas) .....	165
Anexo F Carta De Presentación Y Aceptación.....	169
Anexo G Consentimiento Informado Mujeres Con Diagnóstico De Cancer De Mama .....	171
Anexo H Consentimiento Informado Medicos, Especialistas Y Coordinadores ..	173
Anexo I Carta De Aprobación Comité De Etica Uninorte.....	174
Anexo J Ficha De Vigilancia En Salud Pública Cáncer De Mama.....	180
Anexo K Cronograma .....	181
Anexo L Presupuesto .....	182

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y percepciones distinguidas por consultantes y prestadores para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la ciudad en Cartagena. **Metodología:** Estudio Descriptivo psico – social o estudio de conjunto “Survey Research”; la recolección de datos fue a 211 pacientes con cáncer de mama de diferentes régimen de salud a través de una encuesta estructurada y un grupo focal integrado por 8 mujeres diagnosticadas; 19 integrantes del personal de la salud y 22 integrantes del personal administrativo de EPS y/o IPS a quienes se les realizó entrevistas a profundidad. Se empleó para el análisis descriptivo el paquete informático SPSS versión 20.0 y para el análisis cualitativo la Teoría fundamentada. **Resultados:** Se describen aspectos de tipo sociodemográficos como la edad, nivel educativo, estrato social, desempeñarse fuera del hogar y ser de origen urbano como factores influyentes para el acceso a los servicios de salud. Se resalta la asociación estadística entre la práctica del autoexamen de mama con el poseer estudios de educación superior (OR:2,37; IC al 95%: 1,28 – 4,38; p-valor: 0,005), y pertenecer al nivel contributivo (OR:1,86; IC al 95%: 1,04 – 3,32; p-valor: 0,033); además, una mujer menor de 50 años con diagnóstico confirmado de cáncer (OR:2,48; IC al 95%: 1,22 – 5,03; p-valor: 0,010 ) y que tenga un nivel educativo superior (OR:2,68; IC al 95%: 1,31 – 5,46; p-valor: 0,005), interponga una acción de tutela. Los médicos señalan que se requiere mejorar condiciones del bajo nivel de complejidad. Los especialistas indican que los médicos generales desconocen la normatividad legal para remitir pacientes con alteraciones de las mamas por lo cual se satura el sistema. Los Coordinadores y Gerentes de IPS / EPS manifiestan que el Estado debe ejercer su función de vigilancia, control y que garantice el cumplimiento de la norma para la existencia de una red de prestadores. **Conclusiones:** El estudio muestra las barreras de acceso al sistema de salud asociadas a las características personales y socioculturales de las usuarias, a la atención en salud por parte del talento humano, a la infraestructura de los centros

de salud y a la estructura del sistema de salud. También contempla la desarticulación de los niveles de atención, la falta de capacitación y formación del personal de atención y el desconocimiento de la normativa técnica y legal para la atención del CaMa en el nivel de baja complejidad.

**Palabras claves:** Barreras, Acceso, Servicios de salud, Diagnóstico, Tratamiento, Cancer de mama, Cartagena.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify access barriers to health services and perceptions that are distinguished by consultants and providers about the diagnosis and treatment of breast cancer in the city of Cartagena. **Methodology:** This is a "Survey research" descriptive study. Data was collected from 211 patients with previous diagnosis of breast cancer from different health care providers, through a structured survey and a focal group. This group was comprised of 8 diagnosed women, 19 health care professionals and 22 members of the health care provider's administrative staff. Each member completed the survey. Software package SPSS version 20.0 and grounded theory were respectively used for descriptive and qualitative analysis. **Results:** Socio-demographic aspects such as age, educational level, social status, urban procedence and *out-of-home* performance are described as influential factors regarding health care access. There was a highlight on the statistical association between self-examination and a superior education (OR:2,37; IC al 95%: 1,28 – 4,38; p-valor: 0,005), and being a contribute healthcare regime user (OR:1,86; 95% CI: 1,04 – 3,32; p-value: 0,033). Furthermore, being a woman under 50 years with diagnosed breast cancer (OR:2,48; 95% CI: 1,22 – 5,03; p-value: 0,010 ) or having a higher educational level (OR:2,68; 95% CI: 1,31 – 5,46; p-value: 0,005), was related to legal protection proceedings. Physicians point out that improving primary healthcare is essential. Specialists suggest that general physicians are not familiar with legal procedures to refer patients, so the system crashes. Healthcare provider managers and coordinators indicate it is the State who has to exert it's functions of control and surveillance to guarantee the compliance for the system to work. **Conclusions:** The study shows the barriers to access to health system associated with personal and socio-cultural characteristics of users, health care provided by human resource, the infrastructure of health care centers and the structure of the health system. It also contemplates the disarticulation of levels of care, the lack of training and learning of health care staff

and the lack of technical and legal regulations for attention in BrCa in levels of low complexity.

**Keywords:** Barriers, Access, Health services, Diagnosis, Treatment, Breast cancer, Cartagena



***Cuando Jaime Lopera y Martha Bernal compilaron las anécdotas y fabulas en el libro “la culpa es de la vaca” el cual refleja la necesidad de un cambio, no pensaron en describir la situación del sistema de salud y las barreras para acceder al mismo en Colombia, en especial la situación que se vive en la ciudad de Cartagena y evidenciada en el siguiente proyecto de investigación. En donde los profesionales que laboran en el bajo nivel de atención señalan a las Usuarías por no buscar atención médica oportuna; las Usuarías señalan la responsabilidad de sus falta de atención a las EPS y las EPS señalan la falta de empoderamiento de los profesionales que están en el bajo nivel de complejidad, especialistas y subespecialistas, y al Estado como responsable directo de la situación en salud.***

***Ante esta problemática, solo se ven los posibles culpables del sistema pero ninguno estima la responsabilidad y corresponsabilidad, el deber que tiene cada uno como actores primarios o secundarios del complejo salud enfermedad.***

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El cáncer de mama es el tumor maligno de mayor frecuencia a nivel mundial y la principal causa de muerte en mujeres en Europa, Estados Unidos, Australia y en algunos países en Latinoamérica. Es una de las patologías más frecuentes en la actualidad del género femenino, y aunque existen casos reportados de pacientes masculinos, esta patología ha cargado consigo el aumento de la tasas de mortalidad en el mundo entero, despertando un gran interés como tema de salud pública, por su costo y la necesidad de disponer de tecnología para su diagnóstico precoz (1).

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en 2012 se reportaron unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años (2).

Esta situación es retadora para los sistemas de salud de los países desarrollados y aún más para los que están en vía de desarrollo, sin embargo, se observó un incremento hasta 1990 y a partir del año 2.000 se presentó un ligero descenso y se ha mantenido constante en los Estados Unidos. En este país, para el año 2013 del total del gasto de investigación, un 45% fue invertido en aspectos biológicos y de tratamiento; en los aspectos de prevención esta inversión alcanzó un 5% y en lo relacionado con detección temprana, diagnóstico y pronóstico, se invirtió un 15% (3).

Anualmente en el mundo se diagnostican 12,7 millones de nuevos casos de cáncer, sin control para su mejoría. Asociado a ello, se tiene previsto que para el año 2030 la cifra aumentará a 21,3 millones de nuevos casos y la mortalidad en 13,1 millones producto del padecimiento de cáncer, especialmente en países pobres y en vías de desarrollo (4).

De acuerdo al informe Así vamos en Salud en Colombia (5), para el preliminar del año 2015 se presentó una tasa de mortalidad por Cáncer de seno de 11,45 por 100.000 habitantes, reflejándose un aumento con respecto a los años 2012 y 2013. Existiendo una concentración de la mortalidad por cáncer de mama en la región central del país, teniendo en la región caribe las tasa más altas en los departamentos de Atlántico, Magdalena y Bolívar. Los departamentos que presentaron una tasa de mortalidad mayor que el total nacional fueron Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle del cauca. Los mayores riesgos de muertes se concentran en ciudades capitales como Barranquilla, Cartagena, Santa Marta, Bucaramanga, Medellín, Cali y Bogotá. En Cartagena, Bolívar el cáncer de mama fue la décima causa de muerte con una tasa de mortalidad atribuible de 12,8% por 100.000 habitantes, y ocupa la tercera causa de mortalidad por neoplasias (9,2%) (6).

Este incremento de la incidencia en las ciudades podría explicarse por el efecto de la segmentación de poder, estratificación y riqueza (Determinantes proximales y distales), originados por el crecimiento de las economías en las ciudades capitales. Diversos estudios han determinado la asociación entre diferentes factores de riesgo y el cáncer de mama, en los que se encuentran los hormonales, genéticos, ambientales y la enfermedad benigna de la mama (7). Se han modificado los estilos de vida de la población, conduciendo a un aumento de hábitos sedentarios, consumo de alimentos y bebidas no saludables, sustancias contaminantes y tóxicas, urbanización y crecimiento de la población. Aunado a ello, diversos estudios epidemiológicos han demostrado la asociación entre el cáncer de mama y la nuliparidad o paridad a edades tardías (primigestante añosa), la disminución de la práctica a la lactancia materna, menopausia tardía, menarquía temprana, terapias hormonales de reemplazo y el uso de anticonceptivos orales.

Se requiere además, establecer la relación entre el componente de los servicios de salud y la situación económica de las pacientes con diagnóstico de cáncer de

mama. Muchas de ellas son diagnosticadas en etapas avanzadas de la patología, disminuyendo el tiempo de supervivencia, deteriorando la calidad de vida y aumentando la tasa de mortalidad, posiblemente originado por las barreras de acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento. “Hay evidencia de grandes dificultades para acceder al diagnóstico y al tratamiento en mujeres del régimen subsidiado, a la vez que una mayor prevalencia de realización de mamografía en la población urbana del régimen contributivo”(8).

Si bien es cierto, las mujeres también manifiestan una serie de barreras que se convierten en un muro inasequible a los servicios de salud y para la adopción hábitos de vida saludables, como lo es el temor a enfermarse, la no percepción del riesgo, priorizar labores hogareñas o familiares por encima de su propia salud (9). Pero estas no son precisamente las que impiden tener un acceso oportuno a la asistencia médica, porque una vez identificadas y superadas, las usuarias se encuentran con las barreras que el Sistema de Salud presenta al utilizarlos; siendo su estructura el principal obstáculo para el éxito del cribado del cáncer de mama y tratamiento de forma oportuna, constituyéndose un factor generador de desigualdades en salud. Por ello, en México se han reorientado las políticas en salud encaminadas a organizar y fomentar el crecimiento de la infraestructura para “el desarrollo de un programa nacional de detección temprana, diagnóstico oportuno y tratamiento con calidad óptima, trato cordial y respeto a los derechos de las pacientes” (10).

El factor socioeconómico, la posición laboral (beneficiaria o cotizante), nivel educativo, edad y etnia pueden ser motivos para recibir una calidad diferencial en la atención médica (11). Así como también, las actitudes y aptitudes que se presentan entre los múltiples encuentros del profesional asistencial (Relación médico – paciente), administrativo y los pacientes, pueden convertirse en una barrera para acceder a los servicios de salud. Estas barreras pueden trabajar en doble sentido, convirtiéndose en replicadores o reductores de la desigualdad,

dependiendo de la disponibilidad en el acceso, utilización y calidad del servicio (12).

En el año 2008, Velásquez-De Charry (13), analizaron la inequidad de los servicios de salud en Colombia para el cáncer de mama y se encontró que respecto a las barreras que enfrentaron las mujeres para hacer uso de las intervenciones terapéuticas incluidas en su tratamiento, se reconoció que el principal obstáculo fue la necesidad de desplazarse a otra ciudad (25.3%), seguido por las autorizaciones de las entidades pagadoras (20.4%) y los montos de los medicamentos (14.3%).

Como se encuentra organizado el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSC), se asegura la disponibilidad de la oferta del servicio de salud, ya sea una consulta médica o un examen diagnóstico, pero no se contemplan los tiempos mínimos para la atención. Adicionalmente, la mamografía diagnóstica y demás exámenes complementarios requieren de autorizaciones administrativas, lo que incrementa los tiempos (14) ocasionando que muchas pacientes opten por una resolución judicial, apelando al derecho de la salud y la atención con una tutela o demanda.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son las Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama que identifican consultantes y prestadores de la ciudad de Cartagena en el año 2016?

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El Cáncer de mama es considerado uno de los principales problemas de salud pública en el mundo y es reconocido como una de las primeras causas de muerte por cáncer entre las mujeres de 30 a 54 años de edad, sin distinguir entre grupo socioeconómico (15). La causa del aumento de esta incidencia puede ser generada por factores como las gestaciones tardías, el uso de hormonas y las modificaciones de los hábitos para la actividad física.

El hallazgo de una anormalidad en la mama, ya sea por la propia paciente, por sintomatología o por exploración clínica, debe alertar al sistema de salud a generar nuevos estudios que confirmen el diagnóstico (mamografía, xerorradiografía, termografía, ecografía, biopsia por punción). En Colombia, el sistema de salud oferta el servicio pero no se mantiene contemplado el tiempo que debe existir entre el diagnóstico acertado y la primera fase del tratamiento, lo que origina una pérdida estimada de tiempo para el control y la oportunidad en la atención en aquellas pacientes que se mantienen interesadas por su atención, mientras que otras pacientes diagnosticadas se fugan del sistema y reaparecen en etapas avanzadas de la patología.

Esta estimación del tiempo mínimo para la atención es modificada por factores intrínsecos y extrínsecos de la paciente. Si bien es cierto, se requiere que las mujeres deben estar preparadas, capacitadas y/o conscientes de forma mental y educativa para la detección de patologías asociadas con las mamas, el sistema debe brindar todas las oportunidades de atención en cualquiera de las etapas de la historia natural de la enfermedad. Se debe promover por servicios que incentiven conductas amigables, capacitaciones para detectar factores de riesgo (Prevención primaria); regular por la asistencia a exámenes clínicos de mama, por la práctica del autoexamen de mama y la realización de exámenes de apoyo al diagnóstico (Prevención Secundaria); tratamiento oportuno con acceso a los servicios de apoyo psicológico y rehabilitación (Prevención Terciaria).

Sin embargo se requiere un engranaje rítmico de cada una de las partes del sistema para que este proceso sea eficiente y efectivo. Y que cada participante del proceso asimile y se concientice de su importante participación en el mismo. Es necesario que las aseguradoras reevalúen las metodologías educativas que implementan en las conferencias de los programas de promoción, prevención, control y detección temprana del cáncer de mama, y que el personal asistencial, figuras activas del proceso, generen educación y cultura de autocuidado para detectar en etapas preclínicas la patología neoplásica cambiando radicalmente el pronóstico de la enfermedad (16).

En Colombia, más del 76% de diagnósticos de cáncer de mama son de estadio avanzado y sólo un 4% apenas está iniciando. Mientras que a nivel mundial las cifras son totalmente diferentes. En Antioquia, se enfrenta una problemática en la atención, el 90% de las mujeres se diagnosticaron de manera tardía lo que supone una serie de oportunidades perdidas. Las razones van desde el claro desconocimiento de las mujeres con respecto a las anomalías de su cuerpo, hasta la precaria atención en centros de salud (17).

En México, Nigenda y Caballero (18) describen algunos aspectos de los prestadores de servicio que se identifican como barreras para la detección del cáncer, en especial las enmarcadas en la deficiente relación médico – paciente que permite percibir en el personal de la salud falta de interés, pericia y actualización para diagnosticar la patología. Las mujeres entrevistadas en este estudio manifestaron sentirse susceptibles a enfrentarse a las barreras en los servicios de salud y presencia de pudor, dudas y celos para aceptar la realización de procedimientos de tipo exploratorio.

En Panamá, Susan G. Komen for the Cure en el año 2012 (19), describe las barreras y oportunidades de acceso y las originadas en el trayecto de la atención a mujeres de la ciudad de Panamá con Ca de Mama. Indicando como barreras principales la falta de información, falta de personal especializado y deficiencias en

las redes de apoyo; y como debilidades en el acceso al sistema de salud, los gastos de bolsillo dirigidos al pago de costos en la atención y el transporte para recibir los servicios.

Conceiçalves L. y cols en Brasil (20) identificaron las barreras en el acceso a la atención en salud percibidos por mujeres con cáncer de mama en tratamiento quimioterapéutico; el 64% de la muestra, relató enfrentar a más de una barrera en la trayectoria del cuidado de la patología, entre las que se encuentran de tipo social, económica, cultural y organizacional, siendo esta última la más citada.

En Colombia, Martínez S. y cols (21) investigaron sobre los tiempos de atención de las mujeres con cáncer de mama comprendiendo el tiempo desde el diagnóstico al ingreso a la Unidad, al inicio del tratamiento, duración del tratamiento y tiempo de control post- tratamiento, encontrando un retraso en la valoración de la patología por el personal especializado de tres a cuatro meses; superación del tiempo para el inicio tratamiento de cerca de seis meses, tiempo que puede obedecer a retrasos en las autorizaciones y/o a la asistencia irregular de las pacientes a las citas asignadas.

De acuerdo al comunicado manifestado por la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través de la línea 195, en el año 2013, se recibieron alrededor de 4.000 llamadas de usuarios del sistema de salud, presentado quejas correspondientes a la atención de su EPS de régimen contributivo y subsidiado. Indicando que la barrera de acceso percibida y enfrentada por la que más llaman los usuarios es la carencia y/o demora en la autorización de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Otra barrera manifestada es la negación a prestar un servicio incluido en el POS en ambos regímenes y por parte de una IPS de carácter pública (22).

Las acciones promovidas desde la OMS, OPS, y el cumplimiento de Objetivos de Desarrollo Sostenible, motivaron a la creación de políticas públicas para la promoción de la salud y prevención del cáncer de mama en el mundo entero, de



igual forma, a implementar estrategias que favorezcan el acceso a los servicios de salud. Por ello la OMS, en la cartilla “Planificación: Planificación de programas integrales contra el cáncer de mama: un llamado a la acción” sugiere que los planes para el control del cáncer de mama debe realizarse a largo plazo e integrados al sistema de salud, basándose en un enfoque horizontal donde el nuevo programa se integra al programa de salud vigente (23).

En Colombia, se creó la Ley 1384 de 2010 (24) con el objeto de “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, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”.

Además, en el Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021 (25) se establecen 6 líneas estratégicas como políticas públicas para el control del cáncer. En la Resolución 412 de 2000 (26) se definen las normas y guías de atención para enfermedades de interés de la salud pública. Y el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 (27) considerada “la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones.”

En Cartagena, el Departamento Administrativo Distrital de Salud – DADIS- es el encargado de realizar el seguimiento técnico a las EPS de la ciudad, verificando que cada una de ellas cumpla con la normatividad vigente y además, ejecuten dentro de los programas de promoción y prevención las capacitaciones respectivas a los usuarios afiliados. Desde el Programa de Salud Sexual y

reproductiva del DADIS se desarrollan actividades dirigidas a la población cartagenera para promover el autoexamen de mama y detectar oportunamente signos y síntomas relacionados con la neoplasia mamaria. De igual forma, existen en la ciudad redes de apoyo tales como fundaciones, comunidades religiosas y demás organizaciones sin ánimo de lucro que brindan una ayuda a las mujeres con cáncer de mama a abordar esta problemática, desde el aspecto emocional y social, para contribuir en la mejoría de su calidad de vida.

A pesar de estos esfuerzos, la mortalidad por cáncer de mama en la ciudad viene en aumento. En Cartagena para el año 2014, por cada 100.000 mujeres 9,2 de ellas murieron por esta patología (6). Y a la actualidad, no se encuentran información generada desde este ente administrativo u otra evidencia investigativa que expongan las barreras del sistema de salud que influyen en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en esta región del país y aún más después del 1 de julio de 2012, fecha en la cual se hizo vigente la unificación del POS, donde teóricamente se iguala la cobertura de servicios en salud independientemente de la capacidad económica y sin importar el régimen al que esté el usuario afiliado, y se incluye la mamografía como examen útil para detectar el cáncer de mama en sus estadios iniciales. Por lo cual sería interesante destacar si luego de este evento persisten las barreras para el acceso a los servicios de salud que con anterioridad manifestaban usuarios y prestadores.

### 3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

#### 3.1 CONSIDERACIONES GENERALES DEL CANCER DE MAMA

El Cáncer de mama es una patología maligna que se forma en el tejido glandular mamario (Conductos o ductos y los lobulillos). Se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre (1 por cada 1000 casos) y entre las mujeres en edades entre los 35 y 70 años, aunque en los últimos años se ha presentado un notable crecimiento de la tasa de morbilidad en mujeres más jóvenes (28).

Se considera multifactorial la predisposición de desarrollar cáncer de mama en mujeres. Aunque no significa que tenerlos, asegura al individuo de desarrollarlo. En el 70% de los casos diagnosticados, no hay factores de riesgo conocidos y sólo entre el 5 – 10% tienen una base hereditaria (29).

Los factores de riesgo, independientes al sexo femenino, asociados con el cáncer de mama con el correspondiente Riesgo Relativo (RR) (30, 31) son:

- Población mayor de edad (RR >10): A medida que la esperanza de vida mejora, el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta con la edad.
- Menarquía antes de los 11 años (RR 3), Menopausia después de los 54 años (RR 2) y Primigestante añosa después de los 40 años (RR 3) o nunca haber parido: Los factores reproductivos naturales que prolongan la exposición a estrógenos endógenos como la menarquía temprana y la menopausia tardía esta relacionados con el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres.
- Antecedentes familiares de primer grado de consanguinidad (RR >2): El riesgo aumenta con el número de familiares directos (abuela, mamá o hermana) con este antecedente. Puede ser originado por una combinación entre factores hereditarios y ambientales.
- Exposición a radiación ionizante de manera anormal con mayor intensidad en el tórax en niñas de 10 años (RR 3): En casos especiales como la

radiación para el tratamiento de linfoma de Hodgkin en menores entre 10 y 14 años, aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama, pero disminuye si se administra esta radiación después de los 40 años.

- Aumento del índice de masa corporal después de la menopausia (RR 2): Se cree que la asociación entre obesidad y cáncer de mama está dada por la función de los adipocitos, que estimulan la elevación de concentración de hormonas circulantes.
- Administración por más de 5 años, de terapia de reemplazo hormonal (RR 1,6): En mujeres postmenopáusicas que se les han administrado hormonas terapéuticas o exógenas de estrógenos de forma prolongada se ha asociado a un mayor riesgo de padecer cáncer de mama.
- Enfermedad benigna previa (RR 4 a 5).
- Factores genéticos.
- Estilos de vida (Consumo de alcohol).

Mientras que se consideran factores protectores (32):

- Lactancia Materna: Amamantar parece disminuir el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Un examen de expertos reveló que por cada 12 meses que una mujer amamanta a su bebe, el RR disminuye 4,3% y un 7% por cada bebe amamantado.
- Actividad física regular: Es posible reducir el riesgo del 25% al 40% en mujeres físicamente activas en comparación con las menos activas.

### 3.1.1 ASPECTOS CLÍNICOS DEL CANCER DE MAMA (30, 33)

La patología maligna de la mama puede originarse en cualquier zona de la misma (Conductos o ductos, lóbulos o en el tejido adiposo). De acuerdo a su punto de origen, se clasifican en:

- El **Carcinoma Ductal In Situ (CDIS)** es el tipo de cáncer de mama más común y se caracteriza por ser no invasivo. Y su origen es dentro de los conductos lácteos. No es mortal pero tiene un gran potencial a futuro de convertirse en un cáncer invasivo.
- El **Carcinoma Ductal Invasivo (CDI)** a veces denominado Carcinoma Ductal Infiltrante. Se caracteriza porque el cáncer invade tejido circundante, llegando a los ganglios linfáticos y puede hacer metástasis a ganglios linfáticos cercanos u otras partes del cuerpo. Es el primer tipo de cáncer invasivo que se presenta comúnmente. Puede presentarse en subtipos poco frecuentes, tales como:
  - El **Carcinoma tubular de la mama** Se caracteriza porque el tamaño de la tumoración es pequeño, conformado por células en forma de tubo de bajo grado. Distintivo que permite tratarlo más fácilmente.
  - El **Carcinoma medular de la mama** Es un tumor de masa suave y pulposa cuya textura y/o apariencia es al bulbo raquídeo o médula. Sus células según su apariencia son de alto grado, pero según su comportamiento, de bajo grado. No posee un crecimiento rápido y no se disemina hacia los ganglios linfáticos.
  - El **Carcinoma mucinoso de la mama** conocido también como Carcinoma Coloideo. “El tumor se forma a partir de células anómalas que “flotan” en acumulaciones de mucina, uno de los principales componentes de la sustancia viscosa y escurridiza conocida como moco” (24). Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas.
  - El **Carcinoma papilar invasivo** Es poco frecuente y suelen diagnosticarse en mujeres mayores postmenopáusicas. Se identifica

porque sus bordes son bien definidos y formación de prolongaciones pequeñas en forma de dedos.

- El **Carcinoma Lobular In Situ (CLIS)** En este tipo de cáncer, el crecimiento de las células malignas se mantienen dentro del lobulillo y no se disemina hacia los tejidos circundantes.
- El **Carcinoma Lobular Invasivo (CLI)** a veces llamado Carcinoma Lobulillar Infiltrante. Es el segundo tipo de cáncer de mama invasivo más común. Este cáncer tiene sus inicios en los conductos lácteos con tendencia a diseminarse y su diagnóstico generalmente se da en estadio avanzados.
- El **Cáncer De Mama Inflamatorio (CMI)** es poco frecuente y agresivo. Comienza con la inflamación, enrojecimiento y sensación de calor en la mama, en lugar de palpase una protuberancia. Puede presentar asimetría y la piel se puede tornar como la “cascara de la naranja”. Es de rápida diseminación.
- El **Carcinoma Cribiforme Invasivo**, se distingue por su apariencia a queso suizo que le brindan los espacios entre las células tumorales cuando invaden el estroma mamario. Es un tumor de bajo grado, cuya apariencia y comportamiento es similar a las células mamarias normales.
- La **Enfermedad De Paget** Es la presencia de células cancerígenas ubicadas en el pezón y areola, afectando los conductos y superficie del pezón. Se apariencia se torna escamosa, enrojecida, producen picazón, irritación y costras con áreas de sagrado y supuración.

Según el grado de evolución en que se encuentre la patología maligna, el cáncer de mama se clasifica en 5 Estadios, así (29, 33):

- **Estadio 0:** No hay señales de células cancerígenas originarias de la mama que puedan invadir el tejido mamario.
- **Estadio I:** Indica un cáncer de mama invasivo. Se subdivide en:

- **Estadio IA** Tumor hasta de 2cms, localizado sin afectación de ganglios linfáticos.
- **Estadio IB** Puede ser que no exista tumoración pero sí ganglios linfáticos con grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm o puede existir una tumoración menor a 2 cm y pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm en los ganglios linfáticos.
- **Estadio II:** Indica un cáncer de mama invasivo. Se subdivide en:
  - **Estadio IIA** Puede ser que no exista tumoración pero se pueden detectar microscópicamente células cancerígenas de más de 2 mm) en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cerca del esternón; puede ser que el tumor mida 2 cm o menos, y se disemine hacia los ganglios linfáticos axilares; o puede presentarse cuando la tumoración mide entre 2 y 5 cm, y no se ha diseminado hacia los ganglios linfáticos axilares.
  - **Estadio IIB** Puede haber presencia de tumoración que mide entre 2 y 5 cm, y se observan en los ganglios linfáticos pequeños grupos de células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm; Puede ser que el tumor mida entre 2 y 5 cm, y el cáncer se ha propagado en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón; o el tumor puede medir más de 5 cm, sin diseminación hacia los ganglios linfáticos axilares.
- **Estadio III:** Se subdivide en:
  - **Estadio IIIA** Puede haber o no presencia de tumor más detección de células anormales en 4-9 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos cercanos al esternón; Puede haber tumor que mida más de 5 cm, y células cancerígenas superiores a 0,2 mm, pero inferiores a 2 mm en los ganglios linfáticos pequeños. O presencia de un tumor de más de 5 cm, y el cáncer y propagación en 1-3 ganglios linfáticos axilares o en los ganglios linfáticos paraesternales.

- **Estadio IIIB** El tumor tiene un tamaño indefinido y se ha diseminado hacia la pared torácica o la piel de la mama, y ha provocado inflamación o una úlcera; pudo haberse diseminado hacia 9 ganglios linfáticos axilares o pudo haberse diseminado hacia los ganglios linfáticos paraesternales.
- **Estadio IIIC** El tumor puede tener diferentes tamaños y haberse diseminado hacia la pared torácica o la piel de la mama; puede que el cáncer se haya diseminado en 10 o más ganglios linfáticos de la zona axilar o ganglios paraesternales o ambos casos.
- **Estadio IV:** Indica un cáncer de mama invasivo y metastásico o recurrente.

Entre los signos y síntomas más comunes que se presentan en pacientes con cáncer de mama, se encuentran:

- Palpación de una protuberancia o masa que puede ser o no dolorosa.
- Edema de la mama.
- Hendiduras en la piel de la mama.
- Pezón retraído y/o asimétrico.
- Secreción de color amarilla y fétida y/o sangrado por el pezón
- Enrojecimiento, calor localizado, engrosamiento de la piel en “cascara de naranja”.
- Asimetrías notables de la mama (Tamaño, forma no habitual).
- Cambios en Lunares o cicatrices de la mama.
- Protuberancias en las axilas.

Para la detección precoz del cáncer de mama, se recomienda:

- **Autoexamen de mama:** Se debe realizar a partir de los 20 años como medida de autocuidado, no como tamizaje. Convirtiéndose en un método de empoderamiento de su propia salud y como fomento de toma de conciencia en mujeres con situación de riesgo (34). Esta autovaloración de las mamas debe realizarse mensualmente. En mujeres menstruantes, 4 a



10 después del primer día de la menstruación; y en mujeres menopáusicas, se debe escoger un día y practicarlo mes a mes, el mismo día. Si se detecta alguna anomalía esta debe ser informada inmediatamente al médico general tratante para que realice valoración médica y realización de estudios diagnósticos complementarios y/o confirmatorios.

- **Examen Clínico de las mamas:** En Colombia, de acuerdo a la Resolución 0412 de 2000 este examen debe ser realizado por un médico general en el bajo nivel de complejidad durante la consulta médica, solicitada o no por síntomas propios de las mamas, en especial a mujeres asintomáticas, mayores de 40 años de forma anual. La Guía Práctica Clínica (GPC 2013) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama (2013 – Guía N° GPC -2013-19), recomienda que este examen clínico debe ser realizados por “médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas” (35). Se debe aplicar la técnica descrita por Barton evaluando los límites mamarios, palpando en los tres niveles de presión (superficial, media y profunda) y debe durar 3 minutos en cada mama (6 minutos en total). Ante la existencia o no de un hallazgo clínico, este debe ser registrado empleando términos semiológicos en la historia clínica de la paciente (29).
- **Mamografía:** Es el método empleado para la detección precoz del cáncer de mama y tiene el objeto de identificar anomalías no palpables, palpables e irregularidades al compararla con la mama contralateral. La Mamografía puede ser de oportunidad cuando se ofrece a paciente en el momento de la consulta solicitada por causa diferente a manifestaciones clínicas de origen mamario; la mamografía diagnóstica para definir o confirmar diagnóstico en pacientes con sospechas de lesiones mamarias; y por último, encontramos la mamografía poblacional como estrategia de un

programa Sistema de salud por medio de demanda inducida, enfocado a una población específica (30).

Según lo establecido en las GPC 2013, la mamografía está indicada para mujeres de 50 a 69 años como tamización de base poblacional organizada, en dos proyecciones y debe realizarse cada dos años, independiente de la presencia o no de manifestaciones clínicas; incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento. Y en mujeres sintomáticas independientes de su edad.

Los hallazgos evidenciados en este estudio radiográfico, deben estar descritos según la **Clasificación BIRADS®** (Breast Imaging Reporting and Data System: Sistema de informes y registros de datos de imagen de la mama), una clasificación que evita ambigüedades en la interpretación de resultados de una mamografía, logrando un lenguaje estandarizado y comprensible para los especialistas (36).

Las categorías son:

- **CATEGORÍA 0:** Se necesitan pruebas adicionales de imagen y/o comparación con mamografías previas o proyecciones localizadas, magnificadas u otras o ecografía. El valor predictivo positivo (VPP) para el cáncer de mama es en esta categoría del 13%.
- **CATEGORÍA 1:** Se considera una mamografía negativa (mama normal), con hallazgos de Mamas simétricas, sin nódulos, sin distorsiones ni calcificaciones sospechosas. El VPP para cáncer es del 0%.
- **CATEGORÍA 2:** Por imagenología, hallazgos benignos, propios de fibroadenomas, lipomas o calcificaciones. El VPP es del 0%.
- **CATEGORÍA 3:** Lesión probablemente benigna. Se recomienda control a los 6 meses y Biopsiar si la paciente lo requiere. <2% de riesgo de Malignidad.
- **CATEGORÍA 4:** Anomalía sospechosa o dudosa de malignidad. Se debe considerar la biopsia. VPP del 15 al 30%. Se subdivide en:
  - **CATEGORÍA 4A:** Baja sospecha de malignidad.

- **CATEGORÍA 4B:** Sospecha intermedia de malignidad.
- **CATEGORÍA 4C:** Moderada sospecha de malignidad.
- **CATEGORÍA 5:** Hallazgos altamente sugestivos de malignidad. Más del 95 % de probabilidad de malignidad.
- **CATEGORÍA 6:** Malignidad comprobada.

El cáncer de mama será tratado de acuerdo al tipo de cáncer y al estadio inicial al momento del diagnóstico. Se emplean dependiendo del caso individual de cada paciente, pre o post quirúrgico:

- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Hormonoterapia.

El tratamiento quirúrgico (37) que se le ofrece al paciente puede ser:

- **Cirugía Conservadora** donde se puede aplicar la técnica de cuadrantectomía, tumorectomía o una mastectomía más reconstrucción mamaria con colgajo dorsal con o sin prótesis.
- **Cirugía Radical** donde se puede aplicar la técnica de mastectomía radical, mastectomía radical modificada y mastectomía simple con o sin reconstrucción mamaria con colgajo dorsal con o sin prótesis, donde se reseca el tejido mamario junto con el tumor. Se puede manejar con linfadenectomía y ganglio centinela.

El manejo integral del cáncer de mama en Colombia, se encuentra direccionado por normas internacionales y nacionales.

En primer lugar están los **Objetivos de Desarrollo Sostenible** (38) en los cuales se transversaliza la equidad e inclusión en cada una de las metas planteadas. Estos dos enfoque, relacionados con la salud en la mujer, en especial las que padecen Cáncer, puede analizarse implícitamente en la **Meta # 3** “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, planteándose

para el 2030, el objetivo de “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”. Y la **Meta # 10** “Reducir la desigualdad en y entre los países”, planteando el objetivo de “Garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de los resultados, en particular mediante la eliminación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y la promoción de leyes, políticas y medidas adecuadas a ese respecto”. Cabe anotar que Colombia, adoptó estos Objetivo y mediante el **Decreto 0280 de 2015** (39) creó la Comisión Interinstitucional de Alto Nivel para el alistamiento y la efectiva Implementación de la Agenda de Desarrollo Post-2015 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El **Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021** (27) donde se definen 6 líneas estratégicas para el control del cáncer, enfocados al riesgo, detección precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos

El **Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021** (25) presenta en la Línea estratégica #2 para la Detección temprana de la Enfermedad, una serie de acciones a nivel político, normativo, comunitario y en los servicios de salud, para la regulación de la atención de esta patología al año 2021. Y en la Línea estratégica # 3, en el componente de atención, recuperación, superación de los daños causados por el cáncer, se establece como meta “Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de 5 cánceres con mortalidad prematura evitable... en el 100% de los casos”, entre esos el cáncer de mama.

Además, dentro del marco legal vigente, independiente de las normas que regulan o modifican el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encontramos:

**Resolución 0412 de 2000:** Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública,

entre esas el cáncer de mama; mediante la adopción del Anexo técnico 1-2000 que indica las actividades, procedimientos e intervenciones a realizar (26).

**Ley 1384 de 2010:** También llamada Ley Sandra Ceballos. Por medio de esta ley se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en el país, permitiendo declarar esta patología como una enfermedad de interés en Salud Pública. Se establece su atención en centros oncológicos habilitados; la inclusión de la temática en los planes de desarrollo territoriales, detección de factores de riesgo, entre otros (24).

**Resolución 1442 de 2013:** Por medio de la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica para el manejo de patologías oncológicas, entre ellas el Cáncer de mama, ampliando y modificando algunos accionar que se establecían en los anexos técnico de la Resolución 0412 de 2000 (40).

### **3.2 BARRERAS DE ACCESO**

El cáncer más común entre las mujeres y la segunda causa principal de muerte por cáncer, es el cáncer de mama (CaMa). Se estima que 408.000 mujeres fueron diagnosticadas y más de 92.000 murieron por cáncer de mama en la Región de las Américas en 2012. Y si las tendencias actuales se mantienen, se espera que para 2030 aumente en un 46% en la Región de las Américas (41). El incremento de la incidencia y la mortalidad será casi el doble en América Latina y el Caribe en comparación con América del Norte (42).

En América Latina y el Caribe muchos de los cánceres de mama son diagnosticados en etapas tardías. “El desafío para reducir la mortalidad por cáncer de mama, especialmente en ámbitos con recursos limitados, consiste en implementar y mantener programas de educación y detección precoz, con acceso oportuno a un tratamiento adecuado y eliminando las barreras para la atención médica” (41).

Hewitt et al (43) define las barreras para la atención médica como las condiciones psicológicas y sociales que disuaden o prorrogan el acceso a los servicios de salud a las mujeres con CaMa. Estas pueden ser la limitación a la afiliación de un sistema de seguridad social, tales como: no poseer o estar desafiada a un seguro médico; el miedo al señalamiento, la falta de comunicación entre el personal de la salud y las pacientes; la demora en el diagnóstico y el tratamiento; y la presencia de incertidumbre por esta causa. Estas barreras influyen de forma negativa sobre el pronóstico final del paciente.

Entre las barreras que se pueden presentar son las estructurales, socioculturales, personales y financieras.

Pertenecen a las **Barreras estructurales** la ubicación geográfica de los servicios, la distancia entre el lugar de residencia y el centro de salud, la limitante de no encontrar ofertados algunos servicios y/o tratamiento para la salud en los centros de atención y personal sin pericia (44).

Dentro de las **Barreras socioculturales** se encuentran los mitos, las creencias religiosas, la clase social o estrato social y el nivel cognitivo referente a la etiología y tratamiento del cáncer.

Las **Barreras personales** son los relacionados con el rol de la mujer en la sociedad. En muchas culturas, la mujer es la que cuida de los demás y, por lo tanto, se olvida de su propio cuidado (45). Estas barreras incluyen: la no percepción del riesgo, el temor, el pudor y priorizar la familia y el trabajo por encima de la salud personal. De igual forma las creencias erróneas sobre la etiología del Cáncer de mama, un elevado porcentaje de mujeres lo asocian con los golpes o heridas en el pecho.

Además, una de las barreras más significativas citada por varios autores, es el temor a padecer cáncer de mama. Hay que considerar que el cáncer, desde el punto de vista cultural, como una enfermedad estigmatizante, lo cual trae consigo

que las personas que rodean a una paciente con este tipo de cáncer tengan una visión muy negativa de él, que los propios enfermos la tengan acerca de si mismo, así como las personas en riesgo tengan un temor permanente de la enfermedad (46).

Y por último, las **Barreras financieras** juegan un papel fundamental. Entre estos se puede mencionar el gasto de bolsillo para pagos de copagos, compra de algunos medicamentos, transporte, alojamiento, cuidado infantil e ingresos perdidos (44).

Rodríguez – Acosta (47) indica que las barreras del lado de la oferta en personas afiliadas a la seguridad social, la principal barrera son los excesivos trámites para conseguir una cita (5.63%). Aun cuando la persona cuenta con la afiliación a la seguridad social, en cualquiera de sus dos regímenes, no obtiene el servicio porque la institución aseguradora o prestadora establece mecanismos para obtener la cita médica que terminan por impedir la utilización de éste. Por su parte para los no afiliados la lejanía de los centros de atención se constituye en la principal razón para no utilizar el servicio, desde el punto de vista de la oferta (1.39%). Entre los afiliados cerca del 12% de las barreras tienen que ver con características de predisposición (no tener tiempo o no confiar en los médicos); mientras para los no afiliados este porcentaje corresponde al 4.18%. Entre los limitantes del lado de la demanda, y en el contexto general del acceso, el más importante es el que tiene que ver con la dotación, aún con afiliación a la seguridad social el 14.4% de la personas aducen la falta de dinero como una explicación para no haber accedido a los servicios de salud, y entre regímenes de afiliación para la población pobre del régimen subsidiado este porcentaje es de 17.6% frente al 8.04% de la población con capacidad de pago.

Las barreras de tipo sociocultural y personal, están basadas en el **Modelo de Creencias en Salud (MCS)**, estimado como el más acreditado y aplicado al estudio y mediación de las conductas particulares con efectos en la salud. Este

modelo fue desarrollado inicialmente por Rosenstock (1966) y continuado por Becker et al. en los 70 y 80, y presenta sus conceptos a partir de abstracciones teóricas fundamentales, las cuales indican que la probabilidad de adopción de determinada conducta es originada por un proceso en que se requiere creer varias cosas (48). Pronostica la conducta como resultado de un conjunto de creencias centrales que van redefiniéndose con el tiempo. Dicha creencia está dada por cuatro condicionantes psicológicas según Rosenstock. Las dos primeras condicionantes están ligadas a la creencia en amenaza personal para la salud y las dos siguientes unidas a la creencia en la efectividad de la conducta de la salud. Estas son:

- **Vulnerabilidad Percibida:** Se define como el grado de vulnerabilidad que percibe una persona ante la enfermedad. Incluye aceptar los diagnósticos y valoración personal y puede estar influenciada por el estado anímico (optimismo o pesimismo). Es decir, el grado subjetivo que tiene la persona sobre el riesgo de llegar a estar enfermo.
- **Gravedad Percibida:** Es la percepción que tiene una persona al considerar las consecuencias psicosociales y médicas de una enfermedad como graves. También conocida como Severidad es la “gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída” (49).
- **Beneficios Percibidos:** Se considera como la apreciación que posee una persona respecto a la creencia que un cambio de conducta favorece o no en el desarrollo o prevención de la enfermedad. En este condicionante, la persona no seguirá las condiciones del médico si no las percibe importantes y eficaces.
- **Barreras Percibidas:** Es la consideración de la persona al contemplar los inconvenientes o situaciones negativas que se presenten asociados al acto de prevención y que pueden ser superados.

Para que estas cuatro condicionantes se desarrollen, se requiere de una motivación o factor desencadenante, el cual puede ser interno si la persona



presenta manifestaciones de signos y síntomas propios de una enfermedad; o externos si la persona recibe algún tipo de información en salud que le impacte o conmocione su ser.

Kern y Moro (45) consideran que el MCS es el más “apropiado para explicar las conductas de autocuidado en estas mujeres puesto que las cuatro variables señaladas están representadas: las mujeres que se sienten vulnerables a la enfermedad y que perciben como grave tener cáncer de mama, están más predispuestas a realizar conductas de autocuidado a pesar de los inconvenientes o del esfuerzo que estas conductas supongan”.

Y Galdon, Durá y Andreu (50) contemplan que el tener una disposición preventiva hacia la salud y ejecutar acciones preventivas es fundamental para la utilización de la mamografía como método diagnóstico. Pero si la paciente considera grave la enfermedad (gravedad percibida), se inhibe de participar en el programa de cribado.

#### **4. PROPÓSITO DEL ESTUDIO**

El desarrollo de este proyecto, permitirá obtener una línea de base referente a las barreras de acceso a los servicios de salud que identifican consultantes y prestadores para la atención de las mujeres diagnosticadas y tratadas con cáncer de mama en Cartagena, Bolívar, puesto que en la actualidad en esta Ciudad, no se encuentra evidencia investigativa relacionada.

Además, permitirá reformar y/o diseñar políticas públicas que favorezcan la reducción o eliminación de las barreras encontradas, identificando aquellos actores excluidos que no acceden a los servicios de salud y de esta manera alcanzar el logro de la equidad en el sistema de atención de la ciudad contribuyendo a la disminución de los índices de mortalidad en mujeres por esta enfermedad.

De igual forma, con los resultados obtenidos se generaran recomendaciones que contribuyan a la formación del Talento humano en salud, aprovechando el espacio académico para favorecer cambios de actitudes ante el sistema de salud.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar las barreras de acceso a los servicios de salud y percepciones distinguidas por consultantes y prestadores para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la ciudad en Cartagena, en el año 2016.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las barreras de acceso que perciben las pacientes con cáncer de mama durante la utilización de los servicios de salud.
- Identificar las barreras para el acceso al sistema de atención en salud desde el diagnóstico hasta el tratamiento oncológico bajo la mirada del prestador.
- Identificar las estrategias empleadas por consultantes y prestadores al presentarse ante una barrera de acceso al servicio de salud.

## 6. METODOLOGIA

### 6.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

La investigación se desarrolló bajo los lineamientos de un Estudios Descriptivo psico – social también conocido como Estudio de conjunto “Survey Research”, el cual consiste en la combinación de dos metodologías investigativas: Cuantitativa y Cualitativa actuando esta última como complemento importante de la investigación. A partir del contacto con pacientes que padecen de cáncer de mama en dos Centros Oncológicos de la ciudad de Cartagena, Personal médico (médicos generales, especialistas y subespecialistas) y Personal administrativo de EPS y/o IPS.

Esta investigación permitió realizar una recolección de información relacionado con el problema planteado y fue muy útil puesto que se recolectó opinión pública y de grupos de interés respecto a las variables de estudio, generando posibles soluciones a la problemática identificada.

Las fuentes de observación y análisis fueron de tipo primarias y secundarias.

Las **fuentes primarias** de la información permitieron caracterizar la población en estudio e identificar las variables de tipo personal y social influyentes en la atención en salud. Así:

- Se realizó a pacientes con cáncer de mama de diferentes régimen de salud (Subsidiado, Contributivo, Prepagadas y Régimen Especial), **una encuesta estructurada** para la caracterización sociodemográficas, conocer el estadio inicial cuando se diagnosticó y el estadio en el momento de la investigación, y las barreras de acceso que se han presentado en el desarrollo de su atención en salud. Además con este grupo de pacientes se organizó un **grupo focal** para conocer su opinión desde su perspectiva como usuaria del sistema.

- Al personal médico y administrativo de dos Centros Oncológicos de la ciudad y de EPS y/o IPS públicas y privadas, seleccionados mediante un muestreo intencional; se realizó **entrevistas en profundidad** para conocer su opinión y experiencia desde la perspectiva como prestador.

Las técnicas de recolección de información de las **fuentes secundarias**, permitió el análisis documental de acuerdo a lo estipulado en los Decretos, Normas, Reglamentaciones y Programas nacionales y locales dirigidos a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres con cáncer de mama.

## **6.2 POBLACIÓN.**

La población de estudio estuvo constituida por mujeres con diagnóstico de cáncer de mama ubicadas en la ciudad de Cartagena en cualquier estadio de la patología, e integrantes del equipo de salud compuesto por médicos generales, especialistas en cirugía general, subespecialistas en oncología y personal administrativo de EPS y/o IPS de ambos regímenes de salud.

### **Análisis Cuantitativo:**

Para el presente estudio, se obtuvo un cálculo de la muestra de acuerdo a la población total de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en los dos Centros Oncológicos durante el año 2015.

Nivel de confianza del 95%.

Margen de error de 5%

Población total 528 mujeres con cáncer.

La muestra se obtuvo con la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2}$$

De acuerdo al cálculo, la muestra corresponde a 223 mujeres y se realizaron las encuestas a 211 mujeres correspondientes al 95% del cálculo de la muestra, seleccionadas de forma aleatoria mediante una técnica de muestreo aleatorio simple.

### **Análisis Cualitativo:**

Se conformó un **grupo focal** de 8 pacientes para conocer su opinión desde la perspectiva como usuaria del sistema.

Se realizaron 19 entrevistas a integrantes del personal de la salud de la ciudad para conocer su opinión y experiencia desde la perspectiva como prestador<sup>1</sup>. El grupo de personal entrevistado, se distribuye de la siguiente manera:

- 7 Médicos generales.
- 1 Fisioterapeuta con Especialidad en Rehabilitación Vascular.
- 2 Especialistas en Ginecología.
- 5 Especialistas en Cirugía General.
- 1 Especialista en Cirugía Plástica.
- 1 Especialista en Anestesia y Manejo del dolor.
- 1 Especialista en Radiología.
- 1 Subespecialista en Cirugía de Mama y Tejidos Blandos.

Se organizaron 22 entrevistas dirigidas a personal administrativo de los diferentes niveles de atención en salud. Conformados así:

- 18 Coordinadores del bajo nivel de atención de la ciudad.
- 1 Gerente de una IPS de alto nivel de complejidad.
- 1 Jefe de Departamento de Riesgo Epidemiológico de una EPS de Régimen Subsidiado.

---

<sup>1</sup> Dado que por diferencias de horario laboral no se logró concretar una hora específica que pudiera reunir a por lo menos 4 de ellos para convocarlos y desarrollar un grupo focal, se decide realizar entrevistas personalizadas.

- 1 Coordinador de Calidad de una EPS de Régimen Contributivo.
- 1 Lic. En Enfermería coordinadora de un Centro Oncológico de la ciudad.

### **6.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

#### **Para las Mujeres con diagnóstico de Ca de mama:**

- Mujeres en edad mayor o igual a 28 años con diagnóstico confirmado de cáncer de mama.
- Residentes en la Ciudad de Cartagena.
- Mujeres que acepten la participación en el estudio.

#### **Para Integrantes del equipo de salud:**

- Personal médico y administrativo que acepte voluntariamente su participación en el estudio.
- Médicos generales, especialistas y subespecialistas con mínimo un año de experiencia tratando pacientes con cáncer de mama.

### **6.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

#### **Para las Mujeres con diagnóstico de Ca de mama:**

- Pacientes con problemas mentales.
- Pacientes con dificultades de comunicación oral/ escrita o de aprendizaje.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento intrahospitalario.
- Pacientes en fase terminal de la enfermedad.

### **6.3 VARIABLES DE ESTUDIO. (Ver Anexo A)**

Para el abordaje del presente estudio, en la identificación de las barreras que se presentaron en el acceso al sistema de salud en las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en la ciudad de Cartagena, Bolívar, se tuvieron en cuenta las siguientes variables de estudio:

- **Determinantes estructurales:** Individual (edad, estado civil); Socioeconómico (estrato, procedencia, nivel educativo, ocupación laboral, tipo de afiliación al sgsss). Conducta personal (Práctica habitual del autoexamen de mama, asistencia a consultas médica para valoración de las mamas). Acceso a los servicios de salud (recursos financieros y distancia entre el lugar de vivienda y el punto de atención en salud)
- **Percepción del Sistema de salud** por parte de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: Conocimiento de la enfermedad (Estadio del cáncer al inicio del tratamiento, Estadio actual en el que se encuentra el cáncer), Responsabilidad del equipo de salud (médico general, médico especialista, subespecialista), calidad de la atención recibida, oportunidad de la atención (tutelas impuestas para acceder a la atención, motivos de la demora en el proceso de diagnóstico y tratamiento).
- **Percepción del Sistema de salud** por parte del personal médico y administrativo: Cobertura (demanda inducida, oportunidad en las citas médicas), Tratamiento (barreras para la no adherencia al tratamiento, disponibilidad de medicamentos y exámenes diagnósticos), educación (manejo de términos dependiendo del nivel educativo de la paciente), Centros de salud (infraestructura).

### 6.3.1 Variables Independientes

#### 6.3.1.1 Macrovariable Individual: Pertenece las variables de:

- **Edad:** Se define como el tiempo que ha vivido una persona. Es una variable de naturaleza cuantitativa. Por ser numérica se mide en una escala de razón y se categoriza 25, 26, 27....45, 65. Para la asociación estadística se agruparon en Menor de 50 años y Mayor de 50 años.
- **Estado Civil:** Se estima como la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja. Es una variable de



naturaleza cualitativa con nivel de medición nominal. Las opciones de respuesta son: soltero, casado, viudo, separado/divorciado y unión libre.

Se agruparon en dos categorías: Vive con pareja (Casada y Unión libre) y No tiene pareja (Soltero, viudo, separado/divorciado).

#### **6.3.1.2 Macrovariable Socioeconómico:** Pertenecen las variables de:

- **Estrato:** Es la clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos y cobrar contribuciones. Es una variable cualitativa, medida en escala ordinal. La respuesta es 1, 2, 3, 4, 5 y 6. Agrupados en Estrato Alto (5,6) Medio (3,4) y Bajo (1,2).
- **Procedencia:** Se define como el origen de algo o el principio de donde nace o se deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. La respuesta es Rural y Urbana.
- **Nivel educativo:** Se trata de un término relacionado al verbo formar (concretar un todo a partir de la integración de sus partes). Es una variable cualitativa, medida en escala Ordinal. La respuesta es Ninguno, Preescolar, Básica primaria, básica secundaria y media, técnico o tecnólogo, Universitaria sin título, universitaria con título, postgrado con título, postgrado sin título. Para el análisis se reagruparon el Grupo de Ninguno: ninguno y preescolar; Grupo Primaria: básica primaria; Grupo de Secundaria: Básica secundaria y media; Grupo Vocacional o técnica: técnico o tecnólogo y universidad sin título; y Grupo Profesional: Universitario con título y postgrado con y sin título. Para la asociación estadística se agruparon en Colegio (Preescolar, Básica primaria, básica secundaria y media) y Educación Superior (técnico o tecnólogo, Universitaria sin título, universitaria con título, postgrado con título, postgrado sin título).
- **Ocupación Laboral:** Empleo u oficio que una persona desempeña en una empresa privada o pública. Es una variable cualitativa, medida en escala

Nominal. La respuesta es abierta. Se agrupo en Fuera del hogar y en el Hogar

- **Tipo de afiliación al Sgsss:** Es el tipo de vinculación que el paciente posee para acceder a los servicios de salud. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. La respuesta es contributivo, subsidiado, régimen especial, particular o Prepagada. Se agrupó en categoría de Contributivo (Contributivo, prepagada y régimen especial) y de Subsidiado (Subsidiado).

#### 6.3.1.3 Macrovariable Conducta personal:

- **Práctica habitual del autoexamen de mama:** Se define como la conducta o hábito adquirido durante la etapa juvenil y adulta para la autoexploración manual de las mama de acuerdo a las pautas establecidas para ello. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. La respuesta es Sí, No.
- **Asistencia a consultas médica para valoración de las mamas:** Se describe como la atención medica inducida por la paciente para la valoración de las mama por un profesional de la salud, de manera voluntaria y periódica. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. La respuesta es Sí, No.

#### 6.3.1.4 Macrovariable de Accesos a los servicios de salud:

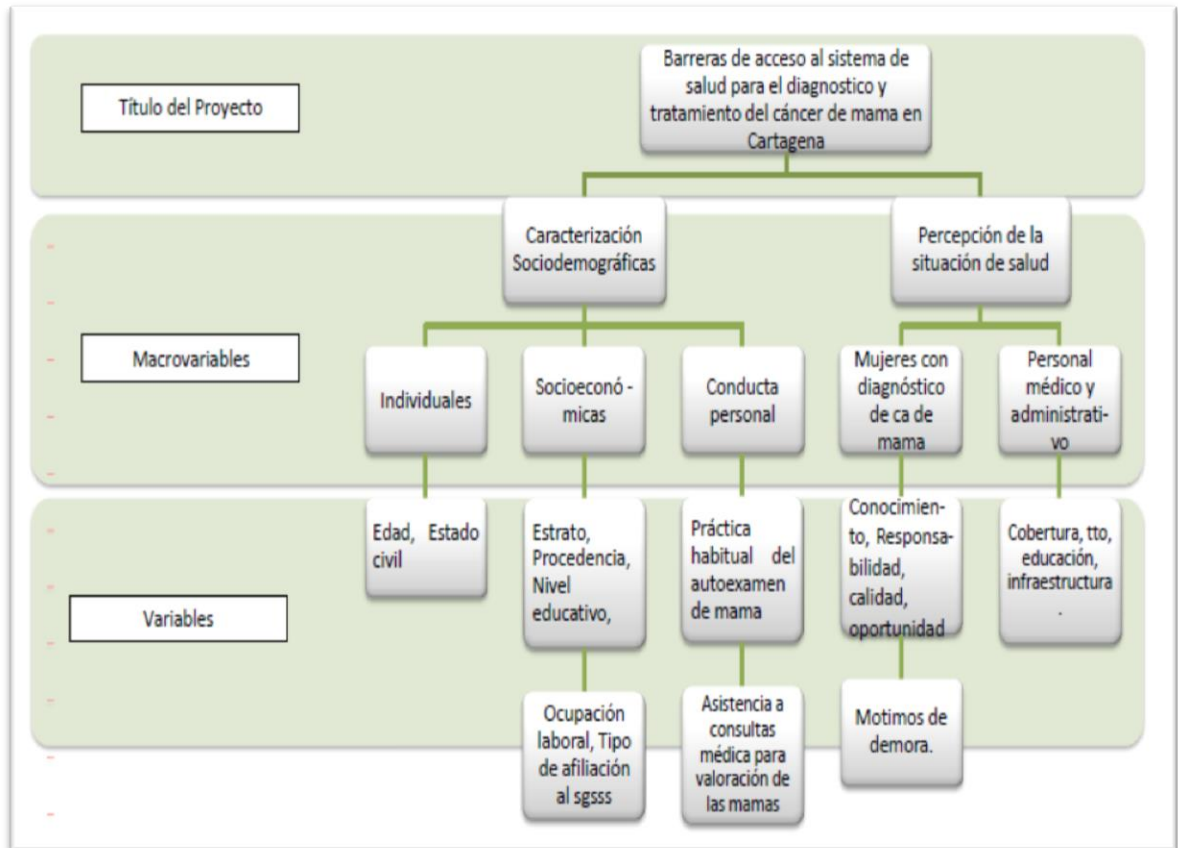
- **Recursos económicos para la asistencia médica:** En la investigación tiene el concepto de la disponibilidad de recursos financieros que posee la paciente para acceder a los servicios de salud. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. Las respuesta son Sí, No, No paga, Nunca y Algunas veces.
- **Distancia recorrida para acceder a los servicios de salud:** Se define como el espacio de tiempo transcurrido entre el lugar de vivienda y la ubicación del centro de salud donde es atendida. Es una variable cualitativa, medida en escala Nominal. La respuesta es Sí, No.

## **6.3.2 Variables Dependientes**

**6.3.2.1 Macrovariable Percepción del Sistema de salud** (mujeres con diagnóstico de cáncer de mama) Se define como la forma en que las pacientes reciben, interpretan y comprenden sistema de salud de Colombia relacionado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. El análisis de las variables de Conocimiento de la enfermedad (Estadio del cáncer al inicio del tratamiento, Estadio actual en el que se encuentra el cáncer), Responsabilidad del equipo de salud (médico general, médico especialista, subespecialista), calidad de la atención recibida, oportunidad de la atención (tutelas impuestas para acceder a la atención, motivos de la demora en el proceso de diagnóstico y tratamiento), se realizó con el método cualitativo empleando la estrategia de conformación de grupos focales con mujeres pertenecientes a los dos centros oncológicos.

**6.3.2.2 Macrovariable Percepción del Sistema de salud** (personal médico y administrativo): El análisis de las variables, de Cobertura (demanda inducida, oportunidad en las citas médicas), Tratamiento (barreras para la no adherencia al tratamiento, disponibilidad de medicamentos y exámenes diagnósticos), educación (manejo de términos dependiendo del nivel educativo de la paciente), Centros de salud (infraestructura), se realizó con entrevistas en profundidad a médicos generales, especialistas, subespecialistas y personal administrativo de EPS y/o IPS de los regímenes de salud.

**Gráfica N° 1 Variables de estudio.**



**Fuente:** Elaboración del autor de investigación.

## **6.4 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **6.4.1 FUENTE PRIMARIA**

#### **A. Análisis Cuantitativo:**

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: Encuestas a 211 mujeres con diagnóstico de Ca de mama con edad igual o mayor de 28 años. (Ver Anexo B).

#### **B. Análisis Cualitativo:**

- Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: Grupo focal con 8 pacientes. (Ver Anexo C).
- Personal médico – administrativo: Entrevista a 19 integrantes del personal de la salud y a 22 integrantes del personal administrativo de EPS y/o IPS. (Ver Anexo D y E).

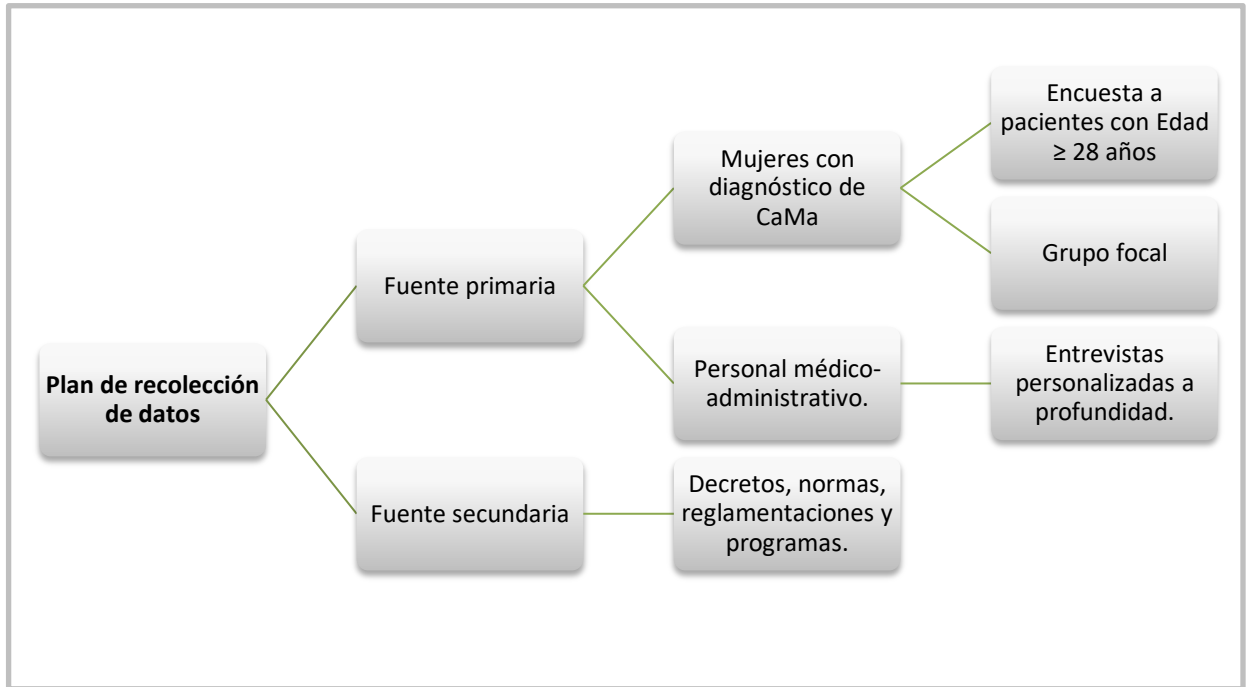
#### **6.4.2 FUENTE SECUNDARIA**

Decretos, Normas, Reglamentaciones y Programas nacionales, regionales y locales dirigidos a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de mujeres con cáncer de mama.

#### **6.4.3 SENSIBILIZACIÓN**

Este proceso se realizó a través de oficios formales a las instituciones que participaron en el estudio (Ver Anexo F), y a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y personal administrativo, cada uno de ellos firmó un consentimiento informado (Ver Anexo G y H) avalado por el comité de ética de Uninorte (Ver Anexo I).

**Gráfica N° 2 Plan de recolección de datos.**



**Fuente:** Elaboración del autor de investigación.

## **6.5 ANALISIS DE DATOS**

### **6.5.1 ANALISIS CUANTITATIVO**

Se creó una base de datos en Excel 2010 para la recopilación de la información. Se realizó un análisis descriptivo con el paquete informático SPSS versión 20.0 en español, para la presentación y análisis de la misma; la cual se realizó mediante tablas uni y bivariadas, de acuerdo con los objetivos específicos.

Las tablas univariadas se presentan con la medida de frecuencia y porcentaje. Las tablas bivariadas presentan la asociación estadística por medio del Chi Cuadrado y Grados de libertad, Intervalos de confianza al 95% y se acepta significativamente estadístico el valor de  $p < 0.05$ .

### **6.5.2 ANÁLISIS CUALITATIVO**

Los datos de tipo cualitativo se analizaron bajo la técnica de la Teoría Fundamentada. Se grabaron las entrevistas y reunión del grupo focal, se transcribieron, se procesaron e interpretaron.

### **6.6 CONTROL DE SESGOS**

Las fuentes potenciales de sesgo se controlaron de la siguiente manera:

- **SESGO DE SELECCIÓN:** Se controló permitiendo que, después de cumplir los criterios de inclusión, las usuarias y personal médico – administrativo tuvieran la misma oportunidad de participar en el estudio.
- **SESGO DE MEMORIA:** Estuvo presente durante la investigación, puesto que algunas preguntas del instrumento para encuestar a las pacientes con cáncer de mama, contiene preguntas relacionadas con el recuerdo. Pero se destaca que los eventos negativos tales como los inconvenientes para acceder a los servicios de salud, son recordados por los usuarios y acompañantes.

## 7. ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se asumieron lineamientos ético legales vigentes a Nivel Nacional e Internacional:

A Nivel Internacional, se cimentó en los criterios del Código de Núremberg, Declaración de Helsinki e Informe Belmont.

A Nivel Nacional, se fundamentó en la Resolución 8430 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas de la investigación en salud. Y la Ley General de la Salud en Materia de Investigación para la salud (1987).

Este estudio se apega a lo reglamentado en el Art.17 de la Ley General de Salud, en su primer apartado; una investigación con riesgo mínimo, puesto que es posible que algunas preguntas, en especial las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, generen sensación de angustia. En esta investigación los beneficios prevalecen sobre los riesgos y, de la misma manera, la protección de cada individuo participante en el estudio de acuerdo los criterios de inclusión.

La voluntariedad para la participación en el estudio, respeta los principios de autonomía, no maleficiencia, justicia y beneficencia. Manteniendo el grado de confidencialidad de cada uno de los participantes, presentando los resultados en el presente trabajo y en futuras publicaciones, con identificación oculta de los colaboradores objetos de estudio.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Norte, el día 25 de febrero de 2016 y legalizada en acta de evaluación N° 138 y certificada en consenso por sus miembros integrantes (Ver Anexo I).



## 8. RESULTADOS

### 8.1 ANALISIS CUANTITATIVO

De acuerdo a las características sociodemográficas, el 35,5% (n=75) la población en estudio pertenece al grupo etáreo de 51 a 60 años. El 62,1% (n=75) vive con su pareja ya sea casado o en unión libre. El 64% (n=135) se auto identificó en el estrato bajo. El nivel educativo predominante oscila entre la primaria y la secundaria, y representa el 54,9% del porcentaje acumulado, 28,4% (n=60) y 26,5% (n=56) respectivamente. El 78,7% (n=166) refiere residir en la zona urbana, más de la mitad (58,3%) se dedica a las actividades del hogar y el 61,6% (n=130) pertenece al régimen contributivo incluyendo en este grupo los afiliados a medicina prepagada y los de régimen especial (Ver Tabla N° 1).

Con respecto al nivel de conocimiento de su enfermedad, el 78,7% (n=166) de las mujeres encuestadas manifestaron que conocían la etapa de la enfermedad en la cual se encontraban al momento del diagnóstico y un 91,5% (n=193) la conoce en la actualidad. El 64,5% (n=136) afirman que se realizaban el autoexamen de mamas de forma regular antes de ser diagnosticadas y el 54,5% (n=115) se hacia la valoración por un médico general o especialista. Con respecto a los factores de atención en salud en el grupo de estudio muestran que para ellas la atención médica ha sido buena (86,7% n=183) y una baja proporción de mujeres ha tenido que recurrir a un medio judicial para la resolución de derechos en salud (18,5% n=39). Al valorar los antecedentes de familiares directos con cáncer de mama, el 64,0% (n=135) no presentó antecedentes. El 50,7% (n=107) de las encuestadas indica que le generó un impacto psicológico el acontecimiento de padecer cáncer y el 92,0% (n=194) no pensó en algún momento de su vida padecer de cáncer de mama. (Ver Tabla N° 2)

Al indagar en el grupo de mujeres que conocen la etapa de la enfermedad una vez fueron diagnósticas, de las 211 encuestadas, sólo 166 mujeres (78,6%) manifestaron conocerla. De estas, el 37,3% (n=62) cuando las diagnosticaron estaban en la etapa temprana de la enfermedad, seguido en un 30,7% (n=51) diagnósticas in situ. Y de la muestra total, 191 mujeres (90,5%) identificaron conocer la etapa de la enfermedad en la que se encuentra actualmente; De ellas, el 62,3% (n=119) manifiestan estar en un periodo de recuperación, pasando por un estado postmastectomía, reconstrucción mamaria ó postcuadrantectomía (Ver Tabla N° 3).

Relacionado al concepto de la disponibilidad de recursos financieros que posee la paciente para acceder a los servicios de salud, el 44,1% (n=93) cuenta con los recursos para cancelación de copago, mientras que el 26,1% (n=55) no cuenta con esos recursos. Para el 54% (n=114) su lugar de residencia queda lejos de punto de atención en salud donde recibe la misma, por lo cual requiere emplear medio de transporte para llegar al centro de salud (89,1% n=188). Siendo el más empleado es el transporte público (71,1% n=150). El ingreso mensual predominante corresponde a un salario mínimo (40,8% n=86) (Ver Tabla N° 4).

Referente a la oportunidad en la atención, el 51,7% (n=109) corresponde a mujeres que indican que en su centro de salud no dispone de programas de promoción y prevención del cáncer de mama, lo que muestra un desconocimiento de la existencia y función de estos programas. En una menor proporción de estas mujeres (25,1% n= 53) indican que su centro de salud o EPS se comunicó con ellas posterior al resultado del diagnóstico de cáncer de mama y el 14,7% (n=31) manifiesta que su centro de salud o EPS se comunicó con ellas al incumplir una cita. El 97,6% (n=206) corresponde a mujeres que se realizaron todos los exámenes diagnósticos y de laboratorio que el médico o especialista le formuló (Ver Tabla N° 5).

**TABLA N° 1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION FEMENINA DIAGNOSTICADA CON CA DE MAMA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
EDAD (Años)	>81	2	,9
	30 - 40	32	15,2
	41 - 50	49	23,2
	51 - 60	75	35,5
	61 - 70	42	19,9
	71 - 80	11	5,2
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
ESTADO CIVIL	No Tiene Pareja	80	37,9
	Vive Con La Pareja	131	62,1
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Alto	12	5,7
	Bajo	135	64,0
	Medio	64	30,3
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
NIVEL EDUCATIVO	Ninguno	12	5,7
	Primario	60	28,4
	Secundaria	56	26,5
	Vocacional - Técnica	38	18,0
	Profesional	45	21,3
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
PROCEDENCIA	Rural	45	21,3
	Urbana	166	78,7
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
OCUPACIÓN	Empleada Formal No Prof	4	1,9
	Empleada Formal Prof	40	19,0
	Empleada No Formal	29	13,7
	Hogar	123	58,3
	Pensionada	15	7,1
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
AFILIACION	Contributivo	130	61,6
	Subsidiado	81	38,4
<b>TOTAL</b>		<b>211</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA Nº 2 CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA POBLACION FEMENINA DIAGNOSTICADA CON CA DE MAMA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

VARIABLES COMUNICATIVAS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CONOCIMIENTO DE LA ETAPA DE LA ENFERMEDAD PRE DIAGNOSTICO	Si	166	78,7
	No	45	21,3
<b>TOTAL:</b>		211	100
CONOCIMIENTO DE LA ETAPA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD	Si	191	90,5
	No	20	9,5
<b>TOTAL:</b>		211	100
PRACTICA DEL AUTOEXAMENDE MAMA ANTES DEL DIAGNOSTICO	Si	136	64,5
	No	75	35,5
<b>TOTAL:</b>		211	100
VALORACIÓN DE LOS SENOS POR UN MÉDICO	Si	115	54,5
	No	96	45,5
<b>TOTAL:</b>		211	100
ATENCIÓN MEDICA BUENA	Si	183	86,7
	No	28	13,3
<b>TOTAL:</b>		211	100
EMPLEO DE MEDIOS JUDICIALES	Si	39	18,5
	No	172	81,5
<b>TOTAL:</b>		211	100
ANTECEDENTES DIRECTOS CON CÁNCER	Si, Un Caso	47	22,3
	Si, Dos O Más Casos	29	13,7
	No	135	64,0
<b>TOTAL:</b>		211	100
IMPACTO PSICOLÓGICO	Si	107	50,7
	No	104	49,3
<b>TOTAL:</b>		211	100
PENSAR EN ALGUN MOMENTO QUE TENDRÍA CANCER DE MAMA	Si	17	8,1
	No	194	91,9
<b>TOTAL:</b>		211	100

**Fuente:** Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 3 CONOCIMIENTO DE LA ETAPA DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO Y EN LA ACTUALIDAD DE LA POBLACION FEMENINA DIAGNOSTICADA CON CA DE MAMA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

VARIABLES COMUNICATIVAS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ETAPA DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO	In Situ	51	30,7
	Localmente Avanzado	49	29,5
	Metastásico	4	2,4
	Temprano	62	37,3
<b>TOTAL</b>		<b>166</b>	<b>100</b>
ETAPA DE LA ENFERMEDAD EN LA ACTUALIDAD	In Situ	17	8,9
	Localmente Avanzado	24	12,5
	Metastásico	10	5,2
	Temprano	21	11,0
	Recuperación	119	62,3
<b>TOTAL</b>		<b>191</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 4 RECURSOS FINANCIEROS Y DISTANCIA ENTRE EL LUGAR DE VIVIENDA Y EL PUNTO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LA POBLACION FEMENINA DIAGNOSTICADA CON CA DE MAMA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

VARIABLES COMUNICATIVAS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CUENTA CON RECURSOS PARA LA CANCELACIÓN DE COPAGOS	Algunas veces	27	12,8
	No	55	26,1
	No Paga	34	16,1
	Nunca	2	,9
	Si	93	44,1
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
LUGAR DE RESIDENCIA CERCA AL CENTRO DE ATENCIÓN	Si	97	46
	No	114	54,0
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
REQUIERE MEDIO DE TRANSPORTE PARA LLEGAR AL CENTRO DE ATENCIÓN	Si	188	89,1
	No	23	10,9
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO	Transporte público	150	71,1
	Vehículo Particular	38	18
	Ninguno	23	10,9
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
INGRESOS MENSUALES	Menos a un salario mínimo	32	15,2
	Un salario mínimo	86	40,8

	Más de uno y menos de dos salarios mínimos	23	10,9
	Dos salarios mínimos	45	21,3
	Más de dos salarios mínimos	25	11,8
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA Nº 5 OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN LA POBLACION FEMENINA DIAGNOSTICADA CON CA DE MAMA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.**

VARIABLES COMUNICATIVAS	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
DISPOSICIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Si	102	48,3
	No	109	51,7
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
COMUNICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CON LA PACIENTE POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO	Si	53	25,1
	No	158	74,9
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
COMUNICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD CON LA PACIENTE AL INCUMPLIR UNA CITA	Si	31	14,7
	No	180	85,3
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>
REALIZACIÓN DE TODOS LOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS Y DE LABORATORIO	Si	206	97,6
	No	5	2,4
<b>TOTAL:</b>		<b>211</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

Al asociar las variables dependientes con los factores sociodemográficos de la población objeto de estudio, se encontraron 6 asociaciones estadísticamente significativas.

1. Las mujeres menores de 50 años conocen el doble de su enfermedad al momento del diagnóstico comparado con las mujeres mayores de 50 años

(OR:2,62; IC al 95%: 1,21 – 5,63; p-valor: 0,012). De igual forma las que poseen un nivel de estudio superior la conocen dos veces más que las que tienen un estudio básico (OR:2,36; IC al 95%: 1,12 – 4,99; p-valor: 0,021) y el desempeñarse en labores fuera del hogar, les permite conocer su enfermedad tres veces más en relación con las mujeres que permanecen en el hogar. (OR:2,97; IC al 95%: 1,30 – 6,79; p-valor: 0,007) (Ver Tabla N° 6).

2. Las mujeres de origen urbano conocen el estadio actual de su enfermedad dos veces más que las de origen rural (OR:2,77; IC al 95%: 1,05 – 7,27; p-valor: 0,032) (Ver Tabla N° 7).
3. En relación con la práctica del autoexamen de mama antes del diagnóstico, se estima que las mujeres con estudios de educación superior (OR:2,37; IC al 95%: 1,28 – 4,38; p-valor: 0,005), y de nivel contributivo (OR:1,86; IC al 95%: 1,04 – 3,32; p-valor: 0,033), practicaban el doble la autoexploración en comparación con las mujeres de estudios básicos y de régimen subsidiado (Ver Tabla N° 8).
4. En este estudio, la variable edad, específicamente el grupo de menores de 50 años, tiene una gran relevancia. Existe el doble de posibilidad que una mujer menor de 50 años con diagnóstico confirmado de cáncer (OR:2,48; IC al 95%: 1,22 – 5,03; p-valor: 0,010 ) y además que tenga un nivel educativo superior (OR:2,68; IC al 95%: 1,31 – 5,46; p-valor: 0,005), interponga una acción de tutela u otra medida judicial para hacer valer sus derechos en salud y recibir un tratamiento oncológico oportuno en comparación con las mujeres mayores de 50 años y con estudios de básica primaria y bachillerato (Ver Tabla N° 10).
5. Los centros de atención incluyendo las EPS, se comunican dos veces más con las mujeres mayores de 50 años que con las mujeres menores de 50 años posterior al diagnóstico (OR:2,32; IC al 95%:1,154 - 4,68 ; p-valor: 0,016 ), y se comunican el doble de veces con las mujeres que viven en el área urbana que con las residentes en el área rural (OR:2,56; IC al 95%: 1,02 – 6,46; p-valor: 0,04 ) (Ver Tabla N° 15).

6. Las pacientes que residen cerca al centro de atención si pertenecen al estrato medio/alto (OR:2,12; IC al 95%: 1,20 – 3,76; p-valor: 0,009 ), un nivel educativo superior (OR:1,87; IC al 95%: 1,07 – 3,28; p-valor: 0,027 ) y al régimen contributivo (OR:1,96; IC al 95%: 1,11 – 3,47; p-valor: 0,019 ) tiene el doble de la atención, en comparación con las mujeres que reciben atención oncológica de bajo estrato, nivel básico en educación y afiliación subsidiada (Ver Tabla N° 18).

No se encontró asociación entre los factores sociodemográficos y la valoración de las mamas por un médico antes del diagnóstico (Ver Tabla N° 9), tener antecedentes directos con cáncer (Ver Tabla N° 11), haber sufrido un impacto psicológico generado por padecer cáncer de mama (Ver Tabla N° 12), pensar en algún momento de su vida que le daría cáncer de mama (Ver Tabla N° 13), conocer la disposición de programas de promoción y prevención en su EPS (Ver Tabla N° 14), comunicación del centro de salud con la paciente al incumplir una cita médica (Ver Tabla N° 16) y la realización de todos los exámenes diagnósticos y de laboratorios (Ver Tabla N° 17). Y no existió asociación significativa con la variable independiente Estado civil con respecto las variables dependientes estudiadas.



**TABLA N° 6 Conocimiento de la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	71	42,8	10	22,2	2,62	1,21 – 5,63	0,012
	Mayor 50 Años	95	57,2	35	77,8			
Estado Civil	Vive con Pareja	104	62,7	27	60	1,11	0,57 - 2,19	0,745
	No tiene Pareja	62	37,3	18	40			
Estrato Social	Medio/Alto	63	38	13	28,9	1,50	0,73 - 3,08	0,261
	Bajo	103	62	32	71,1			
Nivel Educativo	Educación Superior	72	43,4	11	24,4	2,36	1,12 - 4,99	0,021
	Colegio	94	56,6	34	75,6			
Procedencia	Urbana	135	81,3	31	68,9	1,96	0,93 - 4,13	0,071
	Rural	31	18,7	14	31,1			
Ocupación	Fuera del hogar	65	39,2	8	17,8	2,97	1,30 - 6,79	0,007
	En el hogar	101	60,8	37	82,2			
Afiliación	Contributivo	107	64,5	23	51,1	1,73	0,89 - 3,37	0,102
	Subsidiado	59	35,5	22	48,9			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 7 Conocimiento de la etapa actual de la enfermedad y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	74	38,7	7	35	0,85	0,32 - 2,23	0,743*
	Mayor 50 Años	117	61,3	13	65			
Estado Civil	Vive con Pareja	116	60,7	15	75	0,51	0,18 - 1,47	0,237**
	No tiene Pareja	75	39,3	5	25			
Estrato Social	Medio/Alto	71	37,2	5	25	1,77	0,61 - 5,09	0,335**
	Bajo	120	62,8	15	75			
Nivel Educativo	Educación Superior	79	41,4	4	20	2,82	0,91 - 8,75	0,091**
	Colegio	112	58,6	16	80			
Procedencia	Urbana	154	80,6	12	60	2,77	1,05 - 7,27	0,032*
	Rural	37	19,4	8	40			
Ocupación	Fuera del hogar	68	35,6	5	25	1,66	0,57 - 4,76	0,461**
	En el hogar	123	64,4	15	75			
Afiliación	Contributivo	121	63,4	9	45	2,11	0,83 - 5,34	0,108*
	Subsidiado	70	36,6	11	55			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

\*Chi cuadrado de Pearson \*\* Estadístico de Fisher

**TABLA N° 8 Práctica del autoexamen de mama antes del diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	53	39	28	37,3	0,93	0,52 - 1,66	0,815
	Mayor 50 Años	83	61	47	62,7			
Estado Civil	Vive con Pareja	85	62,5	46	61,3	1,05	0,58 - 1,87	0,867
	No tiene Pareja	51	37,5	29	38,7			
Estrato Social	Medio/Alto	51	37,5	25	33,3	1,2	0,66 - 2,17	0,546
	Bajo	85	62,5	50	66,7			
Nivel Educativo	Educación Superior	63	46,3	20	26,7	2,37	1,28 - 4,38	0,005
	Colegio	73	53,7	55	73,3			
Procedencia	Urbana	106	77,9	60	80	0,88	0,44 - 1,77	0,727
	Rural	30	22,1	15	20			
Ocupación	Fuera del hogar	52	38,2	21	28	1,59	0,86 - 2,93	0,135
	En el hogar	84	61,8	54	72			
Afiliación	Contributivo	91	66,9	39	52	1,86	1,04 - 3,32	0,033
	Subsidiado	45	33,1	36	48			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 9 Valoración de los senos por un médico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	41	35,7	40	41,7	1,28	0,73 - 2,25	0,371
	Mayor 50 Años	74	64,3	56	58,3			
Estado Civil	Vive con Pareja	71	61,7	60	62,5	0,96	0,55 - 1,69	0,91
	No tiene Pareja	44	38,3	36	37,5			
Estrato Social	Medio/Alto	41	35,7	35	36,5	0,96	0,54 - 1,69	0,903
	Bajo	74	64,3	61	63,5			
Nivel Educativo	Educación Superior	48	41,7	35	36,5	1,24	0,71 - 2,17	0,434
	Colegio	67	58,3	61	63,5			
Procedencia	Urbana	96	83,5	70	72,9	1,87	0,96 - 3,65	0,062
	Rural	19	16,5	26	27,1			
Ocupación	Fuera del hogar	41	35,7	32	33,3	1,10	0,62 - 1,96	0,724
	En el hogar	74	64,3	64	66,7			
Afiliación	Contributivo	75	65,2	55	57,3	1,39	0,80 - 2,44	0,238
	Subsidiado	40	34,8	41	42,7			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 10 Empleo de medios judiciales y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	22	56,4	59	34,3	2,48	1,22 - 5,03	,010*
	Mayor 50 Años	17	43,6	113	65,7			
Estado Civil	Vive con Pareja	23	59	108	62,8	0,85	0,41 - 1,73	0,657*
	No tiene Pareja	16	41	64	37,2			
Estrato Social	Medio/Alto	19	48,7	57	33,1	1,91	0,94 - 3,87	0,067*
	Bajo	20	51,3	115	66,9			
Nivel Educativo	Educación Superior	23	59	60	34,9	2,68	1,31 - 5,46	0,005*
	Colegio	16	41	112	65,1			
Procedencia	Urbana	34	87,2	132	76,7	2,06	0,75 - 5,61	0,195**
	Rural	5	12,8	40	23,3			
Ocupación	Fuera del hogar	18	46,2	55	32	1,82	0,90 - 3,69	0,093*
	En el hogar	21	53,8	117	68			
Afiliación	Contributivo	28	71,8	102	59,3	1,74	0,81 - 3,73	0,148*
	Subsidiado	11	28,2	70	40,7			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

\*Chi cuadrado de Pearson \*\* Estadístico de Fisher

**TABLA N° 11 Antecedentes directos con cáncer y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	33	43,4	48	35,6	0,71	0,40 - 1,27	0,259
	Mayor 50 Años	43	56,6	87	64,4			
Estado Civil	Vive con Pareja	50	65,8	81	60	1,28	0,71 - 2,30	0,405
	No tiene Pareja	26	34,2	54	40			
Estrato Social	Medio/Alto	32	42,2	44	32,6	1,50	0,84 - 2,68	0,167
	Bajo	44	57,9	91	67,4			
Nivel Educativo	Educación Superior	34	44,7	49	36,3	1,42	0,80 - 2,51	0,228
	Colegio	42	55,3	86	63,7			
Procedencia	Urbana	60	78,9	106	78,5	1,02	0,51 - 2,04	0,942
	Rural	16	21,1	29	21,5			
Ocupación	Fuera del hogar	32	42,1	41	30,4	1,66	0,92 - 2,99	0,085
	En el hogar	44	57,9	94	69,6			
Afiliación	Contributivo	53	69,7	77	57	1,73	0,95 - 3,15	0,069
	Subsidiado	23	30,3	58	43			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 12 Impacto psicológico generado y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	45	42,1	36	34,6	0,73	0,41 - 1,27	0,267
	Mayor 50 Años	62	57,9	68	65,4			
Estado Civil	Vive con Pareja	66	61,7	65	62,5	0,96	0,55 - 1,68	0,903
	No tiene Pareja	41	38,3	39	37,5			
Estrato Social	Medio/Alto	43	40,2	33	31,7	1,44	0,82 - 2,54	0,201
	Bajo	64	59,8	71	68,3			
Nivel Educativo	Educación Superior	42	39,3	41	39,4	0,99	0,57 - 1,72	0,98
	Colegio	65	60,7	63	60,6			
Procedencia	Urbana	89	83,2	77	74	1,73	0,88 - 3,38	0,105
	Rural	18	16,8	27	26			
Ocupación	Fuera del hogar	41	38,3	32	30,8	1,39	0,79 - 2,47	0,249
	En el hogar	66	61,7	72	69,2			
Afiliación	Contributivo	70	65,4	60	57,7	1,38	0,79 - 2,42	0,248
	Subsidiado	37	34,6	44	42,3			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

\*Chi cuadrado de Pearson \*\* Estadístico de Fisher

**TABLA N° 13 Pensar en algún momento que tendría cáncer de mama y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	7	41,2	74	38,1	0,88	0,32 - 2,41	0,805
	Mayor 50 Años	10	58,8	120	61,9			
Estado Civil	Vive con Pareja	10	58,8	121	62,4	0,86	0,31 - 2,36	0,773
	No tiene Pareja	7	41,2	73	37,6			
Estrato Social	Medio/Alto	7	41,2	69	35,6	1,26	0,46 - 3,48	0,644
	Bajo	10	58,8	125	64,4			
Nivel Educativo	Educación Superior	6	35,3	77	39,7	0,82	0,29 - 2,33	0,722
	Colegio	11	64,7	117	60,3			
Procedencia	Urbana	12	70,6	154	79,4	0,62	0,20 - 1,87	0,396
	Rural	5	29,4	40	20,6			
Ocupación	Fuera del hogar	8	47,1	65	33,5	1,76	0,65 - 4,78	0,26
	En el hogar	9	52,9	129	66,5			
Afiliación	Contributivo	9	52,9	121	62,4	0,67	0,25 - 1,83	0,443
	Subsidiado	8	47,1	73	37,6			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016



**TABLA N° 14 Disposición de programas de promoción y prevención y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	42	41,2	39	35,8	0,79	0,45 - 1,38	0,421
	Mayor 50 Años	60	58,8	70	64,2			
Estado Civil	Vive con Pareja	67	65,7	64	58,7	1,34	0,77 - 2,35	0,297
	No tiene Pareja	35	34,3	45	41,3			
Estrato Social	Medio/Alto	39	38,2	37	33,9	1,20	0,68 - 2,11	0,517
	Bajo	63	61,8	72	66,1			
Nivel Educativo	Educación Superior	44	43,1	39	35,8	1,36	0,78 - 2,37	0,274
	Colegio	58	56,9	70	64,2			
Procedencia	Urbana	86	84,3	80	73,7	1,94	0,98 - 3,85	0,053
	Rural	16	15,7	29	26,6			
Ocupación	Fuera del hogar	38	37,3	35	32,1	1,25	0,71 - 2,21	0,432
	En el hogar	64	62,7	74	67,9			
Afiliación	Contributivo	65	63,7	65	59,6	1,18	0,68 - 2,07	0,541
	Subsidiado	37	36,3	44	40,4			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 15 Comunicación del centro de salud con la paciente posterior al diagnóstico y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Mayor 50 Años	13	24,5	68	43	2,32	1,15 - 4,68	0,016
	Menor 50 Años	40	75,5	90	57			
Estado Civil	Vive con Pareja	33	62,3	98	62	1,01	0,53 - 1,91	0,975
	No tiene Pareja	20	37,7	60	38			
Estrato Social	Medio/Alto	18	34	58	36,7	0,88	0,46 - 1,70	0,719
	Bajo	35	66	100	63,3			
Nivel Educativo	Educación Superior	24	45,3	59	37,3	1,38	0,74 - 2,60	0,306
	Colegio	29	54,7	99	62,7			
Procedencia	Urbana	47	88,7	119	75,3	2,56	1,02 - 6,46	0,04
	Rural	6	11,3	39	24,7			
Ocupación	Fuera del hogar	18	34	55	34,8	0,96	0,50 - 1,85	0,911
	En el hogar	35	66	103	65,2			
Afiliación	Contributivo	36	67,9	94	59,5	1,44	0,74 - 2,78	0,275
	Subsidiado	17	32,1	64	4,05			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 16 Comunicación del centro de salud con la paciente al incumplir una cita y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	13	41,9	68	37,8	0,84	0,38 - 1,82	0,66
	Mayor 50 Años	18	58,1	112	62,2			
Estado Civil	Vive con Pareja	22	71	109	60,6	1,59	0,69 - 3,65	0,27
	No tiene Pareja	9	29	71	39,4			
Estrato Social	Medio/Alto	12	38,7	64	35,6	1,14	0,52 - 2,50	0,735
	Bajo	19	61,3	116	64,4			
Nivel Educativo	Educación Superior	15	48,4	68	37,8	1,54	0,71 - 3,32	0,264
	Colegio	16	51,6	112	62,2			
Procedencia	Urbana	24	77,4	142	78,9	0,91	0,36 - 2,29	0,854
	Rural	7	22,6	38	21,1			
Ocupación	Fuera del hogar	11	35,5	62	34,4	1,04	0,47 - 2,32	0,911
	En el hogar	20	64,5	118	65,6			
Afiliación	Contributivo	21	67,7	109	60,6	1,36	0,60 - 3,07	0,447
	Subsidiado	10	32,3	71	39,4			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 17 Realización de todos los exámenes diagnósticos y de laboratorio y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	80	38,8	1	20	0,39	0,04 - 3,58	0,651**
	Mayor 50 Años	126	61,2	4	80			
Estado Civil	Vive con Pareja	128	62,1	3	60	1,09	0,17 - 6,69	1,000**
	No tiene Pareja	78	37,9	2	40			
Estrato Social	Medio/Alto	73	35,4	3	60	0,36	0,06 - 2,24	0,353**
	Bajo	133	64,6	2	40			
Nivel Educativo	Educación Superior	81	39,3	2	40	0,97	0,15 - 5,94	1,000**
	Colegio	125	60,7	3	60			
Procedencia	Urbana	161	78,2	5	100	0,97	0,94 - 0,99	0,587**
	Rural	45	21,8	0	0			
Ocupación	Fuera del hogar	71	34,5	2	40	0,78	0,12 - 4,83	1,000**
	En el hogar	135	65,5	3	60			
Afiliación	Contributivo	127	61,7	3	60	1,07	0,17 - 6,55	1,000**
	Subsidiado	79	38,3	2	40			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

\*Chi cuadrado de Pearson \*\* Estadístico de Fisher

**TABLA N° 18 Lugar de residencia cerca al centro de atención y factores sociodemográficos de mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena 2016.**

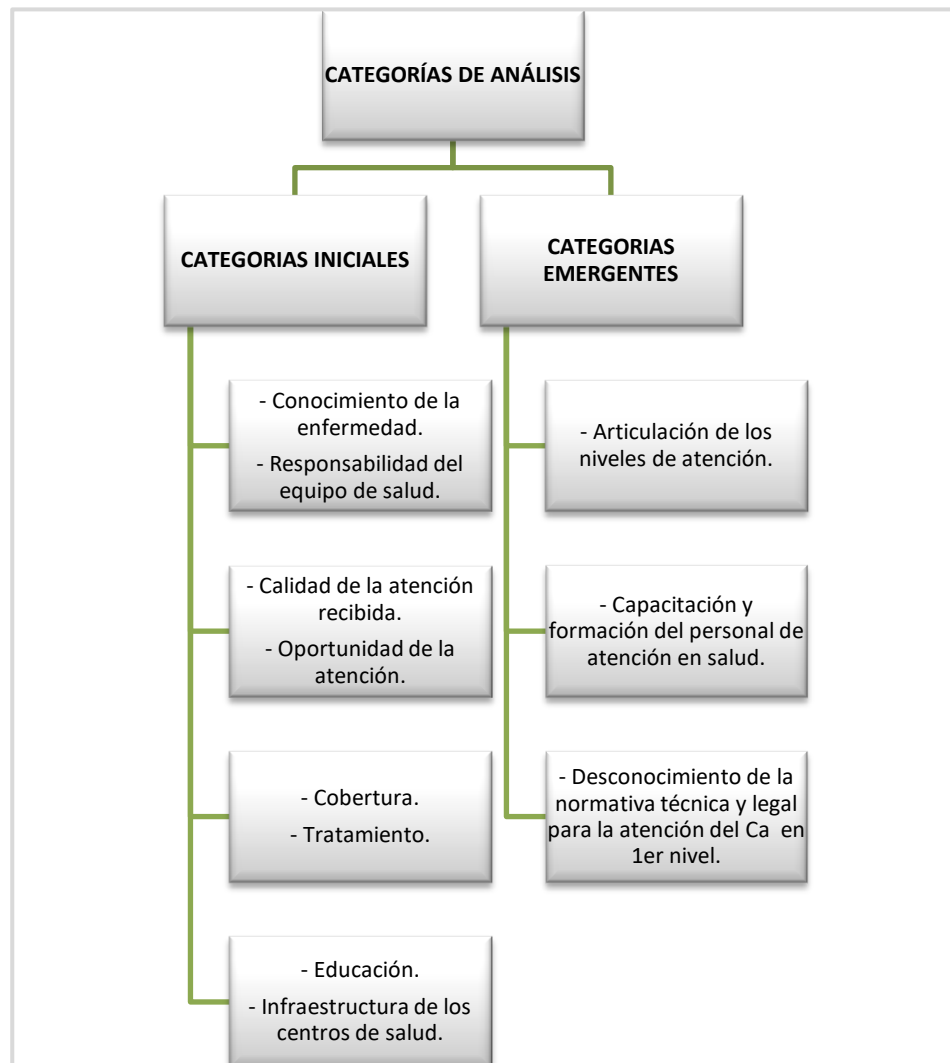
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS CUALITATIVAS	Categorías	SI		NO		OR	Intervalo de Confianza	P- Valor
		N	%	N	%			
Grupos de Edad	Menor 50 Años	37	38,1	44	38,6	1,01	0,58 - 1,77	0,946
	Mayor 50 Años	60	61,9	70	61,4			
Estado Civil	Vive con Pareja	60	61,9	71	62,3	0,98	0,56 - 1,71	0,949
	No tiene Pareja	37	38,1	43	37,7			
Estrato Social	Medio/Alto	44	45,4	32	28,1	2,12	1,20 - 3,76	0,009
	Bajo	53	54,6	82	71,9			
Nivel Educativo	Educación Superior	46	47,4	37	32,5	1,87	1,07 - 3,28	0,027
	Colegio	51	52,6	77	67,5			
Procedencia	Urbana	81	83,5	85	74,6	1,72	0,87 - 3,41	0,114
	Rural	16	16,5	29	25,4			
Ocupación	Fuera del hogar	32	33	41	36	0,87	0,49 - 1,55	0,651
	En el hogar	65	67	73	64			
Afiliación	Contributivo	68	70,1	62	54,4	1,96	1,11 - 3,47	0,019
	Subsidiado	29	29,9	52	45,6			

Fuente: Datos obtenidos del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

## 8.2 ANALISIS CUALITATIVO

Basados en la teoría fundamentada, se organizaron los datos de acuerdo a tres dimensiones o conjunto específico a partir de ciertos aspectos que direccionaron las entrevistas a profundidad, las cuales se denominaron “categorías iniciales”. Al momento de estructurar las descripciones en este marco de categorías, se identificaron unos datos que se agruparon en la categoría de emergentes de acuerdo al diagrama que se muestra en el Gráfico N° 3.

**Gráfica N° 3 Categorías de análisis contempladas en el estudio.**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

### 8.2.1 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

Se realizaron 22 entrevistas personalizadas a 18 Coordinadores de los Centros de atención primaria (Bajo nivel de complejidad) y a 4 Coordinadores de EPS (Subsidiada y Contributiva) e IPS (Privadas) de la Ciudad de Cartagena.

Los objetivos de la entrevista fueron explorar la percepción que tiene el personal administrativo referente a las barreras que enfrentan las pacientes con cáncer de mama. Conociendo, además, sus experiencias y opiniones referentes al Sistema de salud y como se afrontan los obstáculos que limitan la atención, enfocados en la variable de cobertura y calidad en la atención. Abordando la temática con las siguientes preguntas:

- Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?
- Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las EPS para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?
- Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?
- Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama.

Las respuestas obtenidas fueron grabadas, transcritas y analizadas, agrupando los datos en las categorías inicialmente planteadas.

Por lo cual se consiguió:

**TABLA Nº 19 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD**

VARIABLE ANALIZADA	PREGUNTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
	Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a	- “Consulta de evento discreto” - “Consulta de servicios habilitados, dirigida hacia la protección específica”

<b>COBERTURA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	pacientes con Cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Demanda inducida del paciente que cumplan con los criterios”</li> <li>- “Educación a Mujeres que llegan a la consulta”</li> <li>- “Se educa en autoexamen de mama”</li> <li>- “pacientes que tengan amenorrea por distintas causas, lo que se hace es indicarles que se hagan el auto examen de mama cada 30 días que escogiera el día del mes, se les educa como se hacen el autoexamen de mama”</li> <li>- “Se ordenan mamografías, ecografías”</li> <li>- “Remisiones a otros servicios”</li> </ul>
	Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las Eps para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “En realidad 100%, no podemos decir que somos 100% eficientes, pero si trabajamos arduamente para ese 100%. La meta de siempre es 100%”</li> <li>- “Se intenta siempre cumplir y se establecen metas y objetivos de calidad de atención”</li> <li>- “Son eficientes, pero no son efectivos. Son eficientes por que se manejan bien los recursos ejemplo el médico le da 20 minutos de atención”</li> </ul>
	Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “El paciente no conoce sus derechos y deberes con respecto al cáncer de mama”</li> <li>- “No es consciente que el cáncer de mama existe. De pronto hay una población que sí está muy alerta pero hay otras que gozan de una inercia intelectual que no le permite entender que debe cuidarse”.</li> <li>- “La pena, porque le da pena que el médico sea hombre y la va a ver y si es mujer por que no la conocen, más que todo es tabú que tienen”</li> <li>- “problemas con su EPS”</li> <li>- “la gente no se hace un examen porque tienen miedo va a salir algo negativo”</li> <li>- “Con su EPS en cuanto autorizaciones”</li> <li>- “la continuidad en la atención porque las citas son demoradas no son oportunas para el</li> </ul>



		segundo nivel. Uno hace la remisión y en muchas ocasiones no tenemos la contra referencias” - “No sé, nos falta todavía años luz para que haya una verdadera política de prevención y de educación.”
	Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama?	- “El tiempo de atención” - “Los largos tiempos de espera” - “La reprogramación de las citas”

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA N° 20 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO COORDINADORES EPS Y GERENTES DE IPS**

VARIABLE ANALIZADA	PREGUNTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
<b>COBERTURA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?	- “En relación al tema de prevención y promoción no la hacemos nosotros, estamos muy enfocados en tercer y cuarto nivel, si atendemos pacientes con cáncer de mama pero ya no podemos hacerle nada más” - “Atención del post diagnosticado, paciente y en la resolución de su tratamiento quirúrgico” - “Lo primero es el manejo de la oportunidad, la cual depende de lo que corresponde al asegurador y segundo a lo que el prestador determine con las citas” - “Una oferta de consulta baja teniendo en cuenta las limitaciones de los profesionales de la salud en cirugía oncológica de mama en la ciudad” - “Reporte de cumplimiento porcentual de la meta o número de mamografías realizadas en un periodo de tiempo” - “Matriz de promoción y prevención”.
	Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las Eps para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?	- “Falta mucho para que los operadores de salud en este país estén todos al 100%” - “Creo que los diagnósticos se están haciendo tardíamente y que muchas pacientes llegan ya

		<p>en fase avanzada en lo que vemos nosotros en las IPS”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “No se siguen protocolos pero hay un protocolo del cáncer de mama en la eps, pero no se ajusta a lo local”</li> <li>- “No, pueden mejorar mucho”</li> <li>- “No hay disponibilidad de mamografía en toda Bolívar, por lo que hay dificultad de acceso”</li> <li>- “No hay cultura del autocuidado”</li> </ul>
	<p>Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “La forma como se está desarrollando el sistema de salud”</li> <li>- “No se está haciendo gestión desde los estamentos altos sino desde los de niveles más bajos de atención”</li> <li>- “Debe haber una política y un modelo liderado por el ente territorial donde, lo local (Cartagena con ellos, junto con las EPS) puedan dividirse. Cartagena como en unos micro-territorios y en esos micro-territorios con unos equipos básicos de salud llegar a esos micro-territorios”.</li> <li>- “Lo más difícil no es tanto la utilización de los servicios, sino llegar a unos acuerdos tarifarios porque con la dificultad o con las limitaciones que hay de los cirujanos oncólogos, prácticamente se maneja con unas tarifas diferenciales a la que uno puede contratar en el mercado los otros servicios, entonces ya después de hacer ese acuerdo contractual y acuerdo tarifario generalmente las autorizaciones fluyen bien”.</li> <li>- “No estamos llegando, no estamos buscando, no estamos caracterizando, no estamos haciendo gestión de riesgo en un modelo de atención primaria con redes integradas de salud, yo creo que no lo vamos a lograr. Entonces, allí creería yo que esta la tardanza en los</li> </ul>

		<p>diagnósticos más las barreras que se pueden encontrar”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “los médicos no están ordenando las mamografías, espero que por iniciativa y no por falta de conocimiento”</li> <li>- Hay que comprometer a los médicos en pyp. Tenemos muchos médicos asistenciales”</li> </ul>
	Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Si no hay una buena comunicación, una buena explicación, un buen soporte desde lo social, desde lo psicológico, creo que no es fácil mantener una adherencia y un seguimiento”.</li> </ul>

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

El personal coordinador de los Centros de atención de bajo nivel de complejidad de la ciudad, manifiestan que sus lineamientos para el diagnóstico, seguimiento y control del cáncer de mama, se rige por la Resolución 0412 de 2000, sin señalar, mencionar o destacar las modificaciones que se plantean en la Resolución 1442 de 2013, para la adopción de las Guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del Cáncer de mama. No se evidencia un proyecto o plan de trabajo específico para esta patología, puesto que se le brinda mayor atención a los programas de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, alteraciones del adulto y cáncer de cuello uterino. Es precisamente por este último (Detección temprana del cáncer de cuello uterino) por donde las pacientes son canalizadas o captadas para la educación en Autoexamen de mama, es decir, cuando una paciente asiste a la realización de una citología, es cuando el profesional de enfermería aprovecha la coyuntura y le indica al paciente brevemente la realización del autoexamen de mama.

Además, se evidencia una dificultad en el manejo de términos entre el examen de mama y el autoexamen de mama. Muchos coordinadores son profesionales en Enfermería y manifiestan que ellos les realizan el “autoexamen” a los pacientes. Consideran que la enseñanza del autocuidado puede ser realizada por cualquier

profesional del centro asistencial y en ocasiones es designada esa responsabilidad a los estudiantes auxiliares de enfermería y de enfermería profesional que rotan en el momento por la institución.

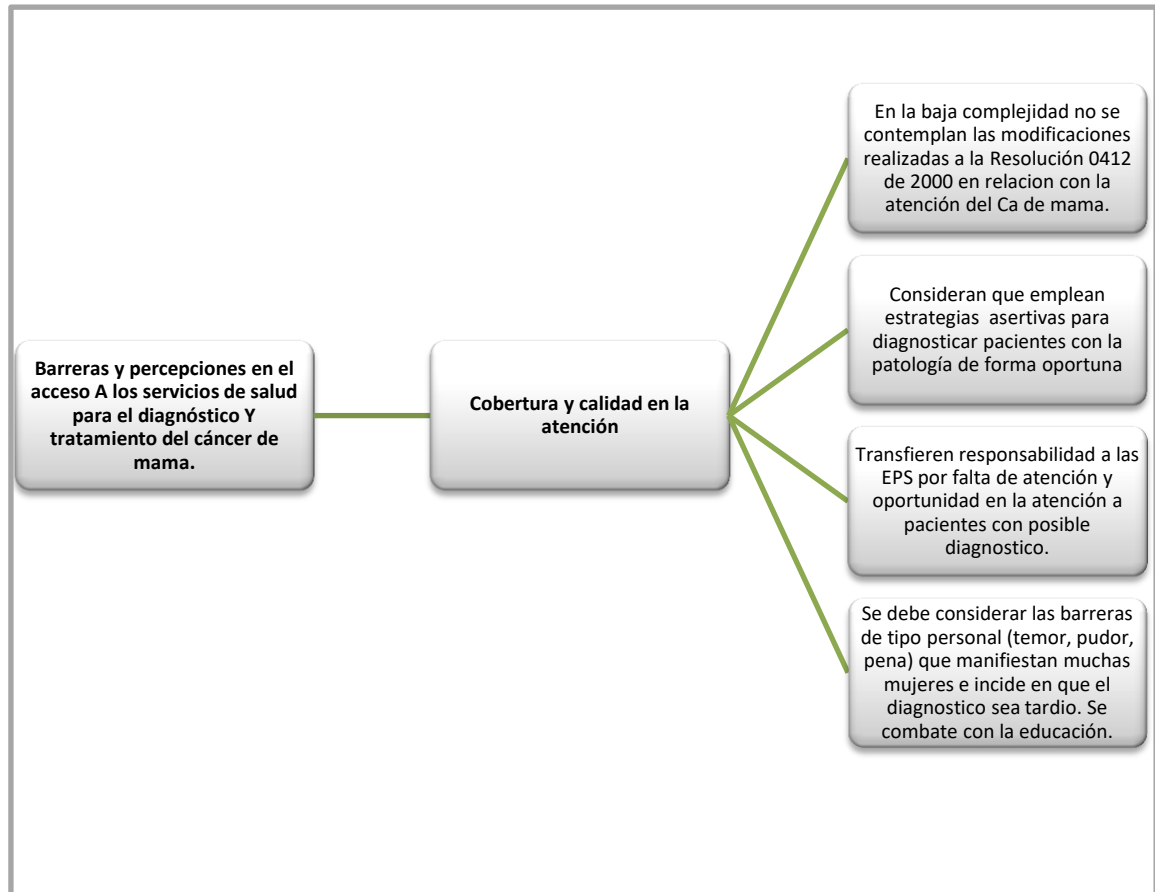
El ciclo de Capacitaciones referente a la detección, diagnóstico oportuno, protocolo del cáncer de mama, dirigidas al personal de la salud, es muy poco. Se realizan entre 2 o 3 capacitaciones anuales, lo que puede estar incidiendo en dificultades para el manejo de la patología, rutas a seguir y decisiones a tomar de acuerdo a cada caso.

Los coordinadores consideran que los programas de promoción y prevención no son eficientes al 100%. Cumplen con las metas propuestas desde el ente institucional local, regional y nacional, pero son poco efectivos puesto que no se obtiene la dicha consecución de educar en salud a la población atendida.

El personal entrevistado es insistente en la falta de educación en salud de la población para el diagnóstico y adherencia al tratamiento. Muchas mujeres no conocen los trámites y el proceso para ser atendidas, descuidan sus deberes de autocuidado y sigue primando la pena, el pudor y el temor de descubrir sus mamas frente a un facultativo o simplemente miedo de que le diagnostiquen el cáncer. De la misma manera, los coordinadores del bajo nivel de complejidad consideran que las EPS, no asignan oportunamente las citas con los especialistas, no cumplen con el sistema de contrareferencia y demoran para la autorización de exámenes diagnósticos, medicamentos y tratamientos, convirtiéndose esto último en una barrera para la adherencia al tratamiento.

Este grupo sugiere que se debe reactivar la búsqueda activa de los pacientes, contemplar las visitas domiciliarias para seguimiento de pacientes que incumplen las citas y diseñar un plan de capacitaciones continuas al personal de salud para sensibilizar el diagnóstico de la enfermedad en el bajo nivel de complejidad.

**Gráfica N° 4 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal administrativo bajo nivel de complejidad.**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

Al analizar los datos del personal administrativo se encontró relevante que desde la perspectiva de los coordinadores de EPS e IPS, las barreras de acceso a los servicios de salud están dadas por el mismo sistema desde su estructura, implementación y es decir, es el Estado el responsable del origen y por ende, regulación de esas barreras. Consideran que el Estado ha descargado su responsabilidad constitucional en el mercado, asignando reglas y normativas que en la realidad del país no se cumplen, como por ejemplo el tiempo de asignación

de citas, realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento que por falta de capacidad instalada no se lleva a cabalidad.

Con respecto a la educación en salud, estiman que son ineficientes los programas de promoción y prevención por la forma personalizada como se están desarrollando. Debería ser el mismo Estado que instruya una cultura de autocuidado y no delegar la función a las EPS e IPS cuya obligación es la de prestar el Plan Obligatorio de Salud, aunque también posean un porcentaje de responsabilidad en el componente educativo de sus usuarios y no de la comunidad en general. Debe ser el Estado quien modifique hábitos comunitarios desde los medios masivos, educación formal e informal, espacios de participación comunitaria y creación de políticas públicas que incentiven esos cambios de conductas, para prevenir y diagnosticar tempranamente el cáncer de mama, así como se hace con el cáncer de pulmón por ejemplo.

No se cumple a cabalidad la estrategia de Atención Primaria en Salud. No se está llegando, buscando, caracterizando a la población. No se está haciendo gestión de riesgo con redes integradas de salud. Por ello la tardanza en los diagnósticos más las barreras que se encuentran en el sistema.

Se resaltan las limitantes existentes en Cartagena para la atención de pacientes, como lo son:

Pocos profesionales especializados en tejidos blandos y de mama lo que influye en la demora de asignación de citas, teniendo que esperar hasta tres meses una paciente para ser valorada por el subespecialista, Además, de la dificultad para llegar a acuerdos tarifarios con estos profesionales.

Las EPS puede que tengan el interés y la capacidad económica para hacer mamografías a toda la población afiliada mayor de 50 años, pero la capacidad de la red es insuficiente promoviendo la congestión del servicio y usuarios/ pacientes fatigados por la alta espera de un turno para su atención.

Los médicos no están cumpliendo las guías y protocolos para la detección temprana de la patología en estudio. Confiando en que es por falta de compromiso y no por falta de conocimiento de ordenar el examen para tamizaje.

Falta de cultura del autocuidado.

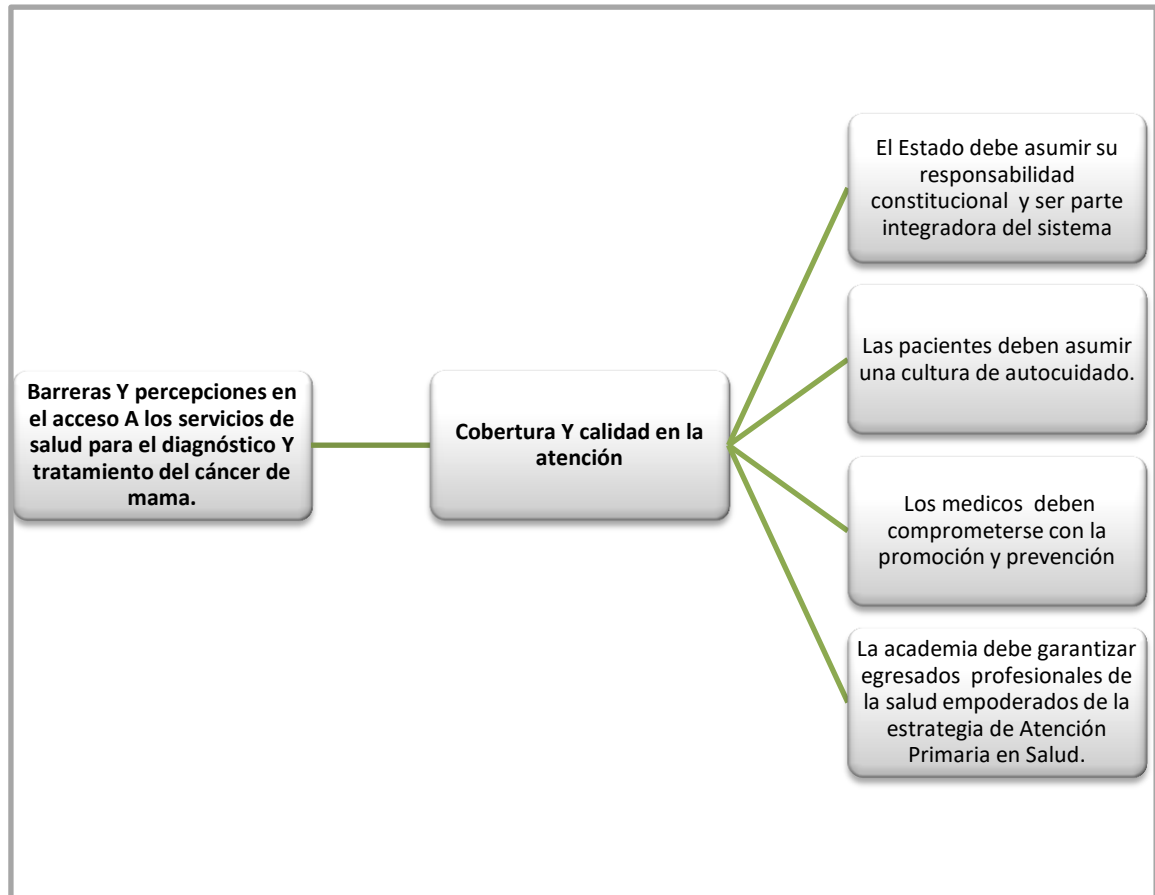
Presencia de muchos trámites en las EPS para mediar autorizaciones, que promueve falta de integralidad en la atención.

Se requiere compromiso del médico desde la academia. Se recomienda egresar profesionales de la medicina no asistencialistas sino enfocados hacia una medicina preventiva comprometidos con programas de promoción y prevención y gestión del riesgo.

Eliminar trámites innecesarios para la atención de la mujer. Las pacientes deberían ser identificadas por los Promotores de la Salud de las EPS, guiarlas a un consultorio de atención de la Mujer y encaminarla a la IPS que preste el servicio oncológico integral, sin mediar una autorización. Sin perder el control la EPS y sin convertirse en mensajero el paciente.

Que el Estado vigile, controle y garantice que se cumpla la norma para que se garantice la existencia de una red de prestadores para darle mayor resolución a la atención patología oncológica de la mama, dotando y fortaleciendo a hospitales públicos de tecnología de punta para que ésta no se ubique solamente en el sector privado y así mejorar el flujo de pacientes del régimen subsidiado; la creación de una historia clínica única marcando pautas nacionales y no particulares de cada EPS o IPS, para posibilitar integración, atención integral, manejo de los mismos términos y seguimientos de los pacientes.

**Gráfica N° 5 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal administrativo coordinadores EPS y gerentes de IPS**



Fuente: Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016





## **8.2.2 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MEDICO (MEDICOS BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD, ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS)**

El objetivo de este grupo entrevistado fue el de explorar la percepción que tiene el personal de salud frente a las barreras que enfrentan las pacientes con cáncer de mama en las etapas de diagnóstico y tratamiento, y que puede limitar la atención integral de las mismas. Conociendo, además, sus experiencias y opiniones referentes al Sistema de salud y la manera como en la cotidianidad se afrontan los obstáculos que limitan la atención.

Se realizó a 7 médicos que atienden en centros médicos de baja complejidad como profesionales de consulta externa o de promoción y prevención, y a 12 médicos especialistas en cirugía general y especialista en Tejidos blandos. Se procedió a analizar la situación mediante las siguientes preguntas orientadoras con base a dos aspectos:

### **Cobertura y calidad en la atención**

- ¿Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?
- ¿Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las EPS para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?
- ¿Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?.

### **Educación:**

- ¿Considera que identifica la cultura de las pacientes al momento de explicarle su condición patológica?
- ¿Utilizan un léxico adecuado y entendible para la paciente? Se asegura que esta haya comprendido completamente lo explicado por usted?

### Centros de Salud:

- ¿Cómo describe la infraestructura de los centros de salud para la atención de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama?
- ¿Es necesario que se hagan visitas domiciliarias a las mujeres con cáncer de mama?
- ¿Que recomienda usted para mejorar la atención de las mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Cartagena?

Luego de la realización de las entrevistas a profundidad, se organizaron y redactaron los datos, consolidándolos en las categorías inicialmente planteadas para agrupar los datos.

**TABLA Nº 21 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MEDICO BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD**

VARIABLE ANALIZADA	PREGUNTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
<b>COBERTURA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN</b>	Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Asignación de citas”</li> <li>- “Elaboración de historias clínicas”</li> <li>- “Revisión de historias”</li> <li>- “Tamizaje de pacientes”</li> <li>- “Promoción y prevención”</li> <li>- “Remisión”</li> <li>- “Atención humanizada, brindar apoyo emocional e información para su atención”</li> </ul>
	Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las EPS para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No son tan eficientes”</li> <li>- “Son poco eficientes”</li> <li>- “Se trabaja con las uñas”</li> </ul>
	Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Falta más compromiso de las EPS”.</li> <li>- “Poca accesibilidad”</li> <li>- “Poca captación de pacientes”</li> <li>- “Muy pocas jornadas de atención”.</li> <li>- “Muchas usuarias solicitando el servicio y poca capacidad instalada y resolutive del bajo nivel de complejidad”</li> <li>- “Los pacientes tienen muchos</li> </ul>

		<p>problemas con sus EPS, en cuanto autorizaciones, que les permitan acceder a los servicios, una autorización o una cita de medicina general, una autorización con médico de promoción y prevención, los exámenes, las ayudas diagnósticas, más que todo esa parte”.</p>
<p style="text-align: center;"><b>TRATAMIENTO</b></p>	<p>Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “El tiempo es el principal factor”.</li> <li>- “La edad, los límites de acceso para acceder a una mamografía. Las mujeres de menor de edad no tienen antecedentes han presentado cáncer de mama antes de esa edad, es una talanquera o una barrera de acceso de tipo administrativo por las estadísticas y la epidemiología donde han sucedido casos antes de esa edad, es como la influenza dicen que es para los vulnerables, no quiere decir que nosotros no la necesitemos la vacuna sino que no alcanzan los recursos, es distinto”.</li> <li>- “El temor es una impresionante barrera, los recursos económicos una barrera de acceso, no tienen para transportes a veces y pierden la cita y van y no tienen como venir y dicen no tenían para venir”</li> <li>- “La falta de continuidad de la atención”.</li> <li>- “los síntomas o efectos adversos de las terapias y demás medicamentos oncológicos”</li> </ul>
	<p>Existe un protocolo de seguimiento a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No conozco el protocolo, pero si se hace. Si se le hace seguimiento al pte, se le llama si no viene a la quimioterapia”.</li> <li>- “Los institucionales, los que nos socializa la ESE”</li> </ul>
	<p>Cuáles son las razones por las cuales algunas mujeres</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Por descuido”.</li> <li>- “Falta de educación”</li> </ul>

	no se tratan oportunamente la enfermedad?	- "A veces la mujer no se cuida por cuidar a los suyos"
	Qué puede hacerse para asegurar que las mujeres con cáncer de mama reciban su tratamiento médico y quirúrgico oportunamente?	- "Eso depende de las EPS, que ellas no demoren las autorizaciones" - "Las EPS deben priorizar las pacientes oncológicas, para que no se demoren en las autorizaciones"
<b>EDUCACION</b>	Considera que identifica la cultura de las pacientes al momento de explicarle su condición patológica? Utilizan un léxico adecuado y entendible para la paciente? Se asegura que esta haya comprendido completamente lo explicado por usted?	- "Es importante considerar la cultura, porque esto nos permite conocer todo el contexto en el que vive el paciente". - "La educación y la cultura son muy importantes para poder llegar a los pacientes". - "Es necesario que los pacientes puedan entender para eso debemos manejar su mismo lenguaje"
<b>INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE SALUD</b>	Cómo describe la infraestructura de los centros de salud para la atención de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama?	- "Estructura deficiente" - "Faltan medios de diagnóstico" - "Pocas IPS especializadas en el tema" - "tenemos lo básico, lo indispensable y lo necesario para hacer una detección"
	Es necesario que se hagan visitas domiciliarias a las mujeres con cáncer de mama?	- "Las visitas domiciliarias se deben hacer regularmente" - " Si se debería" - "Son necesarias para localizar pacientes que se pierden de las clínicas"
	Que recomienda usted para mejorar la atención de las mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Cartagena?	- "Creación de centros oncológicos para atención integral de pacientes" - "Mejorar la infraestructura de los bajos niveles de complejidad" - "Reforzar políticas de investigación, innovación en salud, atención en salud"

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**TABLA Nº 22 PERCEPCIÓN DEL PERSONAL MEDICOS ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS**

VARIABLE ANALIZADA	PREGUNTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
<p><b>COBERTURA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN</b></p>	<p>Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “hacer es un diagnostico lo más rápidamente posible para hacer la derivación oportuna”.</li> <li>- “aproximación pronostica en todos los estudios que corresponda ya sea una ecografía, una mamografía, previamente la valoración clínica”</li> <li>- “Durante la consulta enseñarle el autoexamen de mama para que lo practiquen en forma regular y en caso de alguna alteración, pues ordenarle el examen pertinente”.</li> <li>- “Mantener al paciente informado”</li> <li>- “Baja tamización por parte de las EPS”</li> <li>- “A nuestro nivel lo que hacemos es recomendarles mamografías y ecografías mamarias a las pacientes ya con edad , factor de riesgo , pacientes pre menopáusicos y menopaúsicos entonces lo primero es que yo como prestador, siempre les solicito a los pacientes su seguimiento, la mamografía y ecografía independientemente cual fue el motivo de su consulta y cuando el motivo de consulta fue por lecciones mamarias, lo que realizo es siempre solicitarle de las ayudas diagnosticas todo lo que es procedimientos diagnósticos no invasivos, como un bacaf de mama, trucut. Eso es lo que realizo”.</li> <li>- “Aumentar el tiempo de atención en Consulta externa”</li> <li>- “Más consultorios para la atención”.</li> <li>- “Prestar servicios complementarios al tratamiento de base, fisioterapia, drenaje etc.”.</li> <li>- “Elaborar una buena historia clínica lo cual reducirá la posibilidad de errores y mal manejo a los pacientes”.</li> </ul>
	<p>Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las EPS para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No se es oportuno y baja tasa de remisión, o remisión muy lenta” .</li> <li>- “Si son oportunos pero no muy eficaces”.</li> <li>- “No son oportunos ni eficaces dadas las características del actual sistema de salud”.</li> <li>- “Los programas tienen buenos profesionales que hacen lo que pueden</li> </ul>

		<p>pero no tienen todas las herramientas para actuar con oportunidad”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “el problema es entre la sospecha y el diagnóstico, el programa de tamización son poco exigentes entonces entre las sospechas clínicas o paraclínicas no se atienden suficientemente rápidos”.</li> </ul>
	<p>Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Renuencia al ser referidas a los especialistas”.</li> <li>- “El Sub-especialista es el último que ve a la paciente y en un tiempo largo de espera”</li> <li>- “Pocos Subespecialistas en la ciudad”</li> <li>- “Aumentar la contratación de sub especialistas”</li> <li>- “Pocas destreza de los médicos para hacer un buen examen de mama”</li> <li>- “Dificultades para indicación, interpretación, mejor dicho, de las imágenes diagnósticas y patología mamaria. La toma de decisiones en cuanto y a qué pacientes pueden ser manejados en bajo y mediano nivel de complejidad, y que pacientes debe acceder a un nivel de atención más especializado como cirujano general o un mastólogo”</li> <li>- “Las rotaciones de los estudiantes son muy cortas y no aprenden lo suficiente”</li> <li>- “Baja oportunidad en la atención”</li> <li>- “los pacientes tienen que esperar mucho tiempo para una cita”</li> <li>- “Se superan los 20 o 30 días para remisiones y citas”</li> <li>- “Optimizar el tiempo de atención”</li> <li>- “El miedo paraliza a las pacientes, el desconocimiento”</li> <li>- “los factores económicos que impiden atenderse a tiempo y con calidad”</li> <li>- “Los bajos mandos (secretaría, vigilante) influyen en la atención del usuario, refieren mal al paciente, no ofrecen oportunidad, no ofrecen solución”</li> <li>- “Pocos insumos y equipos quirúrgicos”</li> <li>- “Yo pienso que la mayor barrera está en la captación del paciente de sospecha hacia el proceso diagnóstico y terapéutico”</li> </ul>
<p><b>TRATAMIENTO</b></p>	<p>Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Niveles muy básicos de atención falta más inversión”</li> <li>- “La falta de Voluntad de las EPS”</li> <li>- “Poca preparación del personal médico,</li> </ul>



	por parte de las pacientes con cáncer de mama?	<p>esto con causa en la academia y en los empleadores”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “El desconocimiento y la ignorancia en muchos temas”</li> <li>- “Los tiempos de atención son muy largos, superan los 2 meses”</li> <li>- “hay muchas limitantes sociales y factores socio- económicos también en la adherencia”</li> </ul>
	Existe un protocolo de seguimiento a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No lo conozco”</li> <li>- “seguimos las guías del Instituto de Cancerología”</li> <li>- “Las guías que uno más sigue es la NCC que es la Nacional Cancer Center y otra guías, de la ASCO y otras guías y las que uno más se basa en la que más actualizada estén sabiendo claramente”</li> <li>- “lo que falta es más socialización del protocolo y volverlo una política de obligatoriedad en su cumplimiento.”</li> </ul>
	Cuáles son las razones por las cuales algunas mujeres no se tratan oportunamente la enfermedad?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Falta de acceso a la seguridad social”</li> <li>- “haciendo una evaluación más objeto del desempeño del profesional de la salud, haciendo una evaluación desde el punto de vista asistencial como desde el punto de vista asistencial como tal con un sentido académico y no un sentido mercantil/comercial”</li> </ul>
	Qué puede hacerse para asegurar que las mujeres con cáncer de mama reciban su tratamiento médico y quirúrgico oportunamente?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “conexión, articulación entre EPS, IPS y todo el sistema de salud en general”</li> <li>- “la decisión completa es una política de educación, no solo del paciente sino también del servicio de atención de la parte administrativa, la patología mamaria es una patología que tiene cura si se diagnostica a tiempo y yo creo que hay que cambiar es el chip de las personas, ya eso es más visible el cáncer de mama para la población en general, yo creo que hay que ser mucho más sensible ante esa situación”</li> </ul>
<b>EDUCACION</b>	Considera que identifica la cultura de las pacientes al momento de explicarle su condición patológica?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Siempre es necesario considerar la cultura, los comportamientos, etc.”</li> </ul>
	Utilizan un léxico adecuado y entendible para la paciente? Se asegura que esta haya comprendido completamente lo explicado por usted?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Si se utiliza en lenguaje coloquial, pero el técnico es necesario también”</li> <li>- “Falta mucha más preparación específica en cuanto al CA de Seno”</li> </ul>
<b>INFRAESTRUCTURA</b>	Cómo describe la	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No conozco mucho del tema, no sé</li> </ul>



<b>DE LOS CENTROS DE SALUD</b>	infraestructura de los centros de salud para la atención de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama?	<p>cómo es la infraestructura de la malla en general”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Hacer una buena dotación, fortalecer mucho los servicios de consulta externa, de atención primaria, todo lo que tiene que ver con la parte de promoción y prevención, que se le dé estabilidad al personal de salud, al personal que labora en salud”</li> <li>- “Yo creo no hay nada especial, nada específico para las mujeres con cáncer de mama, eso también debe mejorar. Las instituciones deben ser específicos para ese manejo”</li> <li>- “las instituciones no tienen ninguna medida para el manejo, ni siquiera tienen batas especiales para la valoración de la mama, lo ideal es que en las instituciones halla una batica que tenga solo apertura cefálica, tipo una ruanita y nosotros le podamos revisar bien la mama a la paciente sin que ella sienta tanto temor ni tanto pudor”</li> <li>- “la verdad es que no existe una infraestructura especial para estas pacientes, una infraestructura normal para todos los pacientes”.</li> </ul>
	Es necesario que se hagan visitas domiciliarias a las mujeres con cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Si son necesarias”</li> <li>- “deberían serlo”</li> <li>- “Deben hacerse más frecuentes”</li> <li>- “Si la mujer no quiere venir al centro de atención entonces hay que hacer esfuerzos para llevársela”</li> <li>- “Visitas domiciliarias son útiles pero definiendo bien las acciones”</li> </ul>
	Que recomienda usted para mejorar la atención de las mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Cartagena?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Preparar al personal médico con capacitación permanente”</li> <li>- “Replicar el programa FORMADORES”</li> <li>- “Que se centralice la atención y que sea realmente interdisciplinaria”</li> <li>- “Que haya integralidad en todos los niveles de atención”</li> <li>- “Estructura deficiente”</li> <li>- “Faltan medios de diagnóstico”</li> <li>- “Pocas IPS especializadas en el tema”</li> <li>- “Las visitas domiciliarias se deben hacer regularmente”</li> <li>- “Si se debería”</li> <li>- “Son necesarias para localizar pacientes que se pierden de las clínicas”</li> <li>- “La implementación de la ley en cáncer que es la integralidad en el manejo del</li> </ul>

		<p>cáncer en centros oncológicos especializados”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Una reforma general con nuevas políticas educativas y de salud, que replanteen la atención en salud y garantiza la salud a todos de manera universal”</li> <li>- “Centralizar la atención a un departamento creado en cada IPS y EPS para el tema en particular y reforzar los programas de prevención”</li> </ul>
--	--	---

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

Los médicos de bajo nivel de complejidad consideran que ellos como profesionales de la salud, realizan lo que está en sus manos para atender con oportunidad y calidad a un paciente. Implementan una atención humanizada, brindan la información requerida por el paciente y lo orientan en su proceso de atención, sin embargo manifiestan que la labor desempeñada se hace “con las uñas”, puesto que los recursos en este bajo nivel de complejidad en ocasiones es nulo, convirtiendo los programas de promoción y prevención en ineficientes, con poca capacidad resolutive y sin infraestructura adecuada para la atención integral del paciente.

Estiman que las EPS les falta compromiso social e institucional para la atención de mujeres con diagnóstico interrogado de cáncer de mama. Se demoran para la asignación de citas con un médico especialista e incluso retroceden el proceso devolviéndola a un médico general de su planta muy a pesar que el paciente posea un examen diagnostico o un diagnóstico dado por el médico de bajo nivel de complejidad.

Con respecto a las barreras para el tratamiento discurren en que el factor tiempo es crucial para las pacientes, existen demoras en todo el proceso. Se demoran para las autorizaciones, asignar una cita, revalorar al paciente, esto hace que la paciente se canse de tanta tramitología. Insisten en que la falta de cultura de autocuidado y falta de educación de las mujeres alimenta el temor, el miedo de

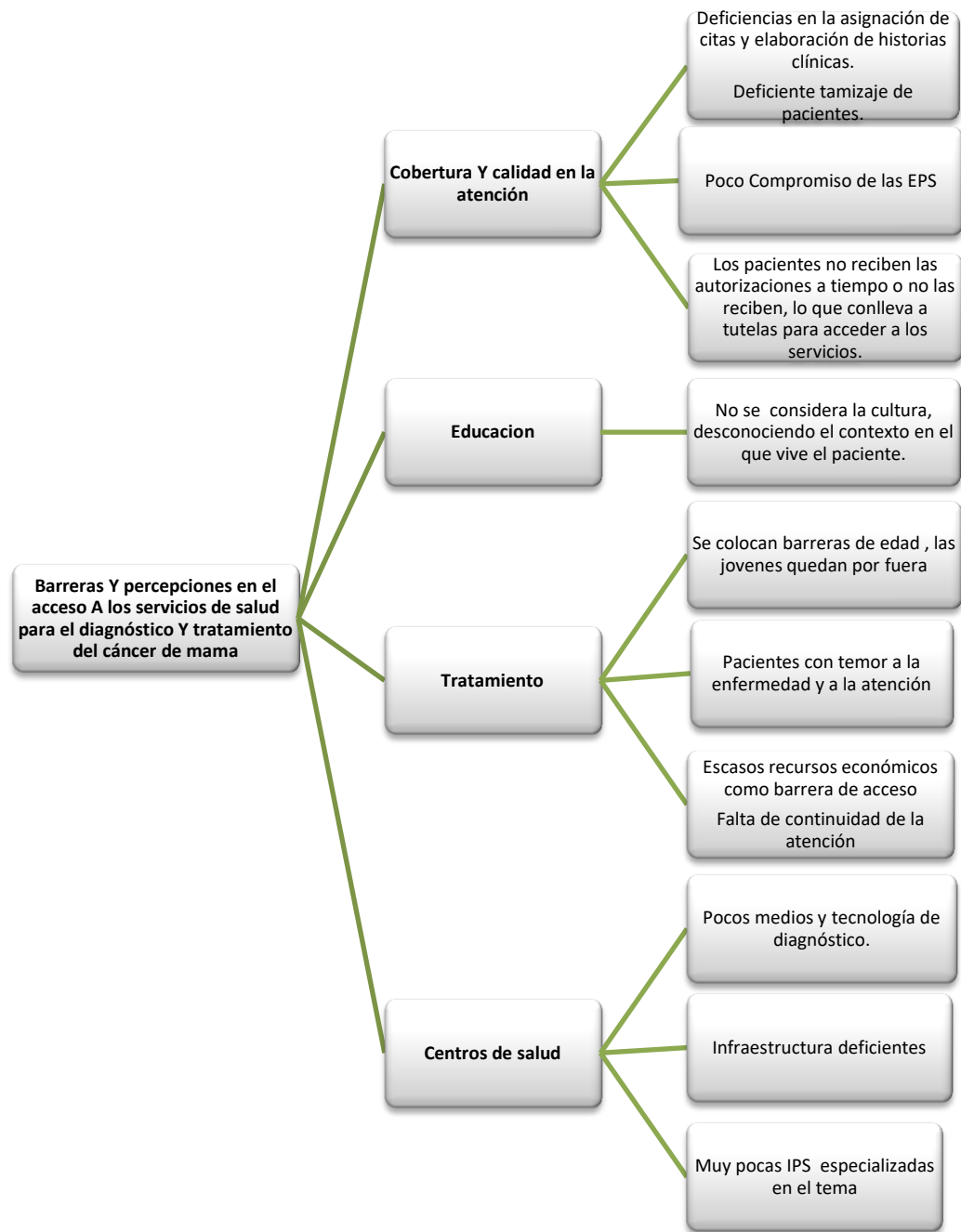
asistir a una consulta médica y cuando han iniciado el tratamiento, pierden la continuidad ya sea por los síntomas y efectos adversos de los medicamentos o de las quimioterapias o peor aún por que no poseen recursos económicos para continuar con el mismo. Además, creen conveniente que se debe revalorar la edad para el acceso a estudios imagenológicos como la mamografía dado el aumento de casos clínicos en pacientes jóvenes. Y manifiestan que no conocen los protocolos de atención nacionales y se guían por los institucionales.

Estos profesionales en el bajo nivel de complejidad manejan un lenguaje coloquial con los pacientes pero creen conveniente en ocasiones emplear el lenguaje técnico, lo cual considerando el nivel educativo y condiciones socio económicas de las pacientes, puede convertirse en una dificultad para la comunicación.

Y describen la infraestructura de los centros de salud deficientes, con recursos e insumos básicos. No existen centros oncológicos que atiendan integralmente esta patología y tecnología de punta.

El grupo recomienda que se debe mejorar la infraestructura del bajo nivel de complejidad, continuar con la demanda inducida realizando las visitas domiciliarias de forma frecuente, valorar la función desempeñada por lo médicos de este nivel y considerar el refuerzo de políticas de investigación, innovación y atención en salud en todos los niveles.

**Gráfica N° 7 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Personal Médico bajo nivel de atención**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016



pronostica, no se remiten oportunamente los estudios que corresponde ya sea una ecografía mamaria o una mamografía. Estiman que durante la consulta externa general no se hace educación a los usuarios y pacientes al autoexamen de mama de tal manera que las mujeres lo puedan practicar de forma regular y en caso de alguna alteración, pues ordenarle el examen pertinente. Y las EPS hacen una muy baja tamización. Y los bajos mandos (secretaría, vigilante) influyen en la atención del usuario, refieren mal al paciente, no ofrecen oportunidad, no ofrecen solución.

El tiempo de atención en Consulta externa es corto y no hay suficientes consultorios para la atención. Difícilmente se prestan servicios complementarios al tratamiento de base, como: fisioterapia, drenaje etc. La historia clínica no se elabora con el suficiente tiempo, lo cual aumenta la posibilidad de errores y mal manejo a los pacientes. Los exámenes y atención sigue siendo poco oportuna y hay tasa de remisión, o remisión muy lenta. Los programas tienen buenos profesionales que hacen lo que pueden pero no tienen todas las herramientas para actuar con oportunidad. Existe cierta renuencia para la referenciación y remisión a los especialistas. El Sub-especialista es el último que ve a la paciente y en un tiempo largo de espera, entre otras cosas porque hay pocos Subespecialistas en la ciudad.

Hay pocas destrezas de los médicos generales para hacer un buen examen de mama. No consideran los criterios de Clasificación BIRADS® y remiten cualquier anomalía mamaria a los especialistas, sobresaturando la agenda y relevando los casos que requieren una atención inmediata o prioritaria. Esto incide en la demora para la asignación de citas y remisiones, por lo que se requiere optimizar tiempos de atención y priorización de casos desde el bajo nivel de complejidad.

Para los especialistas, los factores económicos del paciente impiden atenderse a tiempo y con calidad.

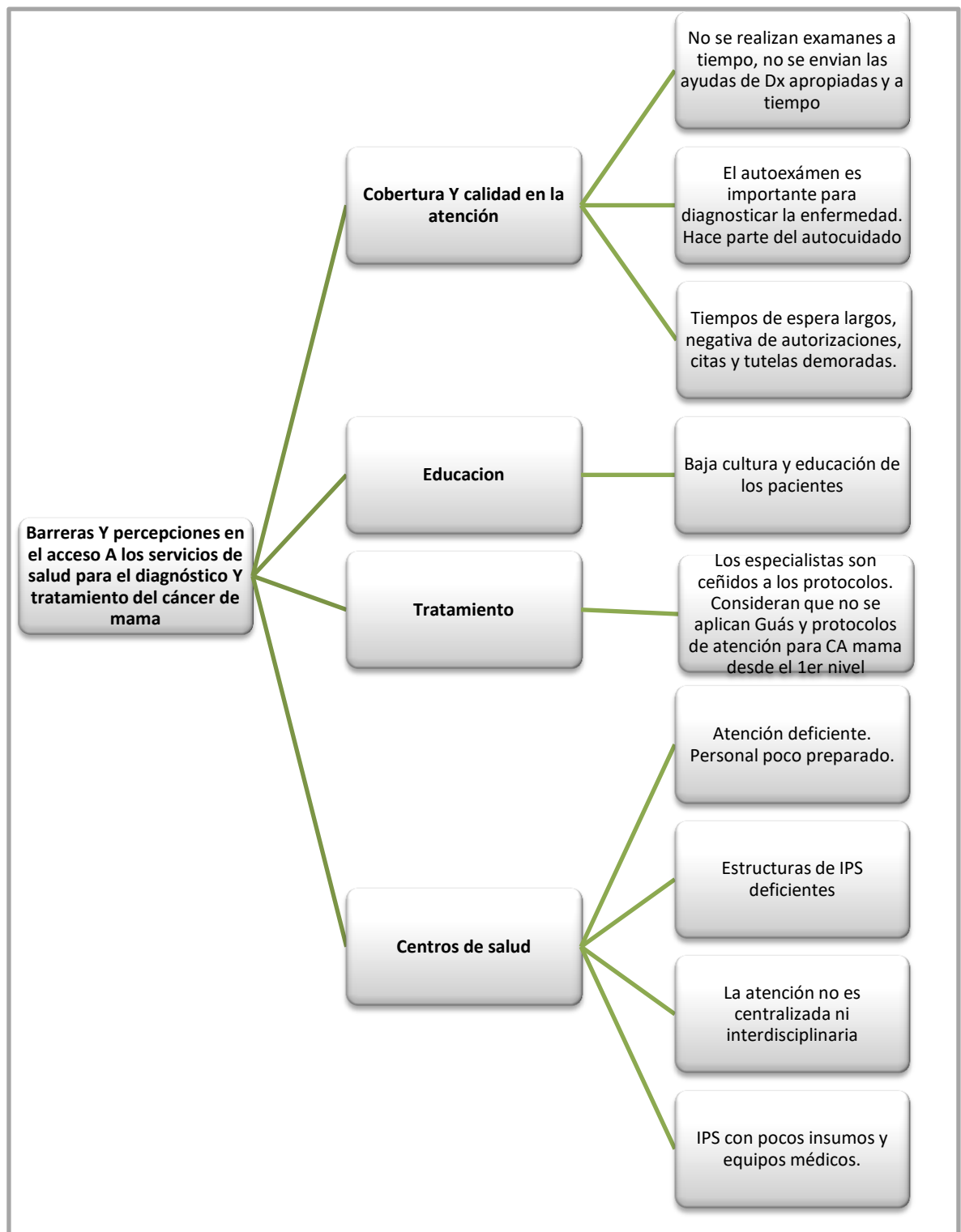
Relacionado con la educación, la mayoría de los pacientes pertenecen a un nivel educativo bajo, lo que hace más difícil el acceso, pero también dificulta la atención

y prestación del servicio, permitiendo la existencia de falencias para mantener al paciente informado y consciente de su estado de salud y tratamiento a cumplir.

Los especialistas estiman que desde el bajo nivel de complejidad no se conocen, socializan y/o cumplen los protocolos nacionales para la atención del cáncer de mama, prueba de ello es la remisión a tercer nivel de las anomalías mamarias benignas, requiriéndose capacitación permanente de la temática de cáncer mamario. Esto conlleva a una atención deficiente. La atención no es centralizada ni interdisciplinaria. No hay integralidad en todos los niveles de atención. La estructura en general de los centros de salud es deficiente y faltan medios de diagnóstico. Las IPS cuentan con pocos insumos y equipos médicos y quirúrgicos.

Las visitas domiciliarias no se hacen regularmente, incluso en algunas ocasiones no están contempladas para patologías específicas y consideran que son muy necesarias para localizar pacientes que se pierden de las clínicas.

**Gráfica N° 9 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Especialistas y subespecialistas**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016





tenido que enfrentar como pacientes desde la autorización de servicios, atención de servicios por parte de personal de la salud.

Se procedió a analizar la situación mediante las siguientes preguntas orientadoras en base a dos aspectos:

**A. Conocimiento de la enfermedad:**

- ¿Saben ustedes como se origina el cáncer de mama?
- ¿Por qué es necesario realizarse el autoexamen de mama?

**B. Cobertura y calidad en la atención**

- Algunas mujeres no asisten a las citas médicas para realizarse el examen de mama por un personal médico. ¿Por qué creen ustedes que eso sucede?
- ¿Consideran ustedes que son eficientes los programas de promoción y prevención que brindan los centros de salud para diagnosticar oportunamente el Cáncer de mama?
- ¿Por qué cree usted que se demoran las autorizaciones por parte de las EPS para la atención de las mujeres con cáncer?
- ¿Cree usted que es necesario acudir a una tutela para que le brinden una atención en salud a las mujeres con cáncer de mama?
- ¿Qué le puede usted recomendar a las mujeres para que reciban atención oportuna al cáncer de mama?
- ¿Cuál es el papel que cumplen los médicos y especialistas en el diagnóstico del cáncer de mama?
- ¿Cómo es el trato de los médicos y especialistas a las mujeres con cáncer de mama?
- ¿Cómo se puede mejorar los servicios de promoción y prevención del cáncer de mama en los centros de salud?

Luego de la realización del grupo focal, se organizaron y redactaron los datos, consolidándolos en las categorías inicialmente planteadas para agrupar los datos.

**TABLA Nº 23 Hallazgos – Grupo Focal a Mujeres con CA de Mama**

VARIABLE ANALIZADA	PREGUNTAS	PRINCIPALES HALLAZGOS
Conocimiento de la enfermedad	Sabén ustedes como se origina el cáncer de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Inicia como crecimiento de masitas anormales”</li> <li>- “unas masitas en los pechos”</li> <li>- “Bultos”</li> <li>- “Bolitas en los senos”</li> <li>- “Dolor en los senos, se ponen duros” “inicia con cambios en los senos”</li> </ul>
	Porque es necesario realizarse el autoexamen de mama?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Para evitar que la enfermedad avance”</li> <li>- “Para que la enfermedad no siga su curso”</li> <li>- “Para que no se repita la historia, el cáncer de seno llega y es doloroso”</li> <li>- “Para prevenir”</li> <li>- “Para descubrir a tiempo la enfermedad”</li> <li>- “Estar pendiente de uno mismo, evitaría mucho sufrimiento”</li> <li>- “Es necesario cuidarse a uno mismo y hoy en día hay mucho cáncer que puede detectarse a tiempo”</li> </ul>
Cobertura y calidad en la atención	Algunas mujeres no asisten a las citas médicas para realizarse el examen de mama por un personal médico. Por qué creen ustedes que eso sucede?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Por miedo”</li> <li>- “Por Vergüenza”</li> <li>- “Por descuido”</li> <li>- “Las mujeres vivimos muy ocupadas con cosas de las casa, los hijos y no sacamos el tiempo para ir al médico”</li> <li>- “Nunca nos da el tiempo”</li> <li>- “Aplazo y aplazo la ida al médico pensando que la situación mejorará”</li> <li>- “Debido a que no se le da la importancia debida”</li> <li>- “No se tiene toda la información”</li> <li>- “Por miedo a lo que nos van a decir incluso a la muerte”</li> <li>- “No tenemos seguro o servicio de salud”</li> <li>- “No tenemos apoyo de nuestras familias y esposos”</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Si nos sale algo malo, nos rechazarán”</li> <li>- “Porque pensamos que no es nada del otro mundo y que son inflamaciones del periodo que pasarán”</li> <li>- “Porque eso es para las señoras ya adultas”</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Cobertura y calidad en la atención</b></p>	<p>Consideran ustedes que son eficientes los programas de promoción y prevención que brindan los centros de salud para diagnosticar oportunamente el Cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “No lo son, son programas que se llenan mucho de gente, a uno le da fastidio tener que esperar o asistir a centros de salud llenos o donde hay que madrugar para coger una cita médica o algún otro procedimiento”</li> <li>- “No son eficientes porque cada día veo más y más mujeres con problemas de Cáncer”</li> <li>- “Si lo son porque ahora gracias a las campañas y otros programas de las EPS, la gente tiene más conciencia y puede prevenir más las enfermedades”</li> </ul>
	<p>Por qué cree usted que se demoran las autorizaciones por parte de las EPS para la atención de las mujeres con cáncer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Las autorizaciones se demoran, porque es un negocio”</li> <li>- “Las EPS no quieren el bienestar de la gente, sino sus propias ganancias, se ha convertido en un negocio”</li> <li>- “Las órdenes se demoran porque son costosas y al sistema de salud no le conviene que se gaste tanto y en enfermedades costosas menos”</li> </ul>
	<p>Cree usted que es necesario acudir a una tutela para que les brinden una atención en salud a las mujeres con cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Se demoran por la tramitología y que hay mucha gente y poco personal para la atención del usuario”</li> <li>- “La mujer sigue siendo relegada en la sociedad y no se le da aún la importancia que merece”</li> <li>- “Si es necesario”</li> <li>- “Si hay que poner tutela”</li> <li>- “Lo mejor es poner tutela de una y ya”</li> <li>- “Hay personas que no saben cómo hacer lo de la tutela por eso no la usan”</li> <li>- “Hoy en día si es necesario ponerla porque si no, no te atienden ni te brindan los</li> </ul>

		<p>servicios”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Uno se muere con tutela ahora sin tutela imagínese”</li> <li>- “No debería ser necesario”</li> <li>- “Uno enfermo, sin ganas de caminar, y le toca salir a nacer vueltas de derechos de petición, tutelas para que le den los medicamentos”</li> <li>- “Debería ser obligatorio para las EPS que nos den todos las autorizaciones, esta enfermedad es muy cruel y uno merece que las EPS le de lo que necesita”.</li> </ul>
<p><b>Cobertura y calidad en la atención</b></p>	<p>Que le puede usted recomendar a las mujeres para que reciban atención oportuna al cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Que se revisen ellas mismas cada semana”</li> <li>- “Que vayan al ginecólogo”</li> <li>- “Que no tengan miedo a que las examinen, si se encuentra algo a tiempo, puede curarse”</li> <li>- “Que si tienen algún dolor o molestia enseguida acudan al médico”</li> </ul>
	<p>Cuál es el papel que cumplen los médicos y especialistas en el diagnóstico del cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Los médicos son los que nos revisan y nos diagnostican, por eso son importantes para descubrir el cáncer de seno”</li> <li>- “Los médicos son importantes porque ellos son los que han estudiado y saben que puede ser cada cosa que sale en el cuerpo”</li> <li>- “Los médicos nos mandan los exámenes que se necesitan para verificar que no tenemos nada malo”</li> </ul>
	<p>Como es el trato de los médicos y especialistas a las mujeres con cáncer de mama?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Es normal”</li> <li>- “Es un trato cordial”</li> <li>- “Trato normal como cualquier otro paciente”</li> <li>- “Algunos son muy sensibles otros no”</li> <li>- “Algunos no dedican el tiempo necesario para escucharlo a uno, quieren terminar la consulta rápido”</li> <li>- “Otros médicos no nos atienden bien, están pendientes de otras cosas mientras nos atienden”</li> <li>- “Algunos médicos no nos atienden con cariño, creen que lo que pasó es culpa de uno y</li> </ul>

		se lo recuerdan a cada rato. Hay médicos que no dedican tiempo a la parte personal y sentimental de nosotras como pacientes de Cáncer”
<b>Cobertura y calidad en la atención</b>	Como se puede mejorar los servicios de promoción y prevención del cáncer de mama en los centros de salud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “El personal de la salud debe mejorar su comunicación con los usuarios, ser más amables, tener más compasión”</li> <li>- “ Las niñas de atención al cliente deberían ser menos antipáticas”</li> <li>- “Se debe tener más tiempo y disponibilidad de acuerdo al diagnóstico de las personas, no es lo mismo que espere alguien con una gripa que alguien con un cáncer”</li> <li>- “Se debe hacer programas de prevención más prácticos, porque algunos sólo se dedican a sermonear y hablar y eso cansa a los que estamos en espera”</li> <li>- “ Deben llegar más a las casas, a las calles, a las poblaciones distantes, hay que salir a buscar a los pacientes y traerlos al puesto de salud si es posible”.</li> </ul>

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

Se destaca que:

Relacionado con el conocimiento de la enfermedad, para la mayoría de mujeres, la enfermedad inicia como un crecimiento de masas pequeñas, reconocidas como anomalías en los pechos, otras los describen como “bultos” o “Bolitas” En todos los casos son dolorosas o molestas. Todas identifican estos cambios.

Las mujeres con diagnóstico reconocen que es necesario realizarse el autoexamen de mama para que la enfermedad se diagnostique a tiempo. Algunas consideran que es importante para que no se repita la historia con otras mujeres, pues por ser una enfermedad que estigmatiza y es doloroso, comunicar para

prevenir, ayudaría a impedir que muchas mujeres lo detecten en una etapa temprana. No sólo significa hacer el examen por rutina, sino que este representaría la expresión del máximo auto cuidado, es decir el procedimiento mediante el cual, una mujer está pendiente de ella misma, su salud y su bienestar, evitando al tiempo el sufrimiento físico y emocional que se experimenta con la enfermedad.

Las mujeres piensan que las mayores barreras o causas por las que no acuden a citas de revisión o examen especializado son por miedo, vergüenza y descuido. Aducen que viven todo el tiempo muy ocupadas con cosas de las casa, los hijos y no se toma el tiempo necesario para ir al médico. Las múltiples ocupaciones ocasionan el aplazo de la visita al médico, y otras se llena de razones para pensar que la situación no es preocupante y que mejorará.

Todas coinciden en afirmar que no siempre se cuenta con toda la información, por miedo al diagnóstico e incluso a la muerte. Otras barreras importantes son que no se cuenta con seguro o servicio de salud o que muchas están solas y no cuentan con el apoyo de familia, esposo o una red de apoyo.

Consideran que no son eficientes los programas de promoción y prevención porque cada día se ven más diagnósticos con Cáncer de seno, y más mujeres con problemas de Cáncer. Reconocen que si hay más campañas y programas de las EPS, y que de alguna manera la gente tiene más conciencia de la prevención de las enfermedades, pero no surgen los efectos deseados.

Piensan que las autorizaciones se demoran, porque la atención por parte de las EPS, son un negocio. Las EPS buscan ganancias como cualquier empresa. Y que al sistema de salud no le conviene que se gaste tanto en enfermedades costosas como el Cáncer. Los tiempos de esperas para consulta general y aún más para especialista, son demorados (entre 3 y 4 meses), hay mucha gente demandando el servicio y poco personal para la atención del usuario. Independiente a la descentralización de los servicios de salud, puesto que son múltiples los lugares

donde deben asistir para realizarse un examen clínico, un examen diagnóstico, quimioterapias, cirugía y rehabilitación.

Sienten que en todo el sistema la mujer sigue siendo relegada y no se le da aún la importancia que merece y debe poseer dentro de la sociedad.

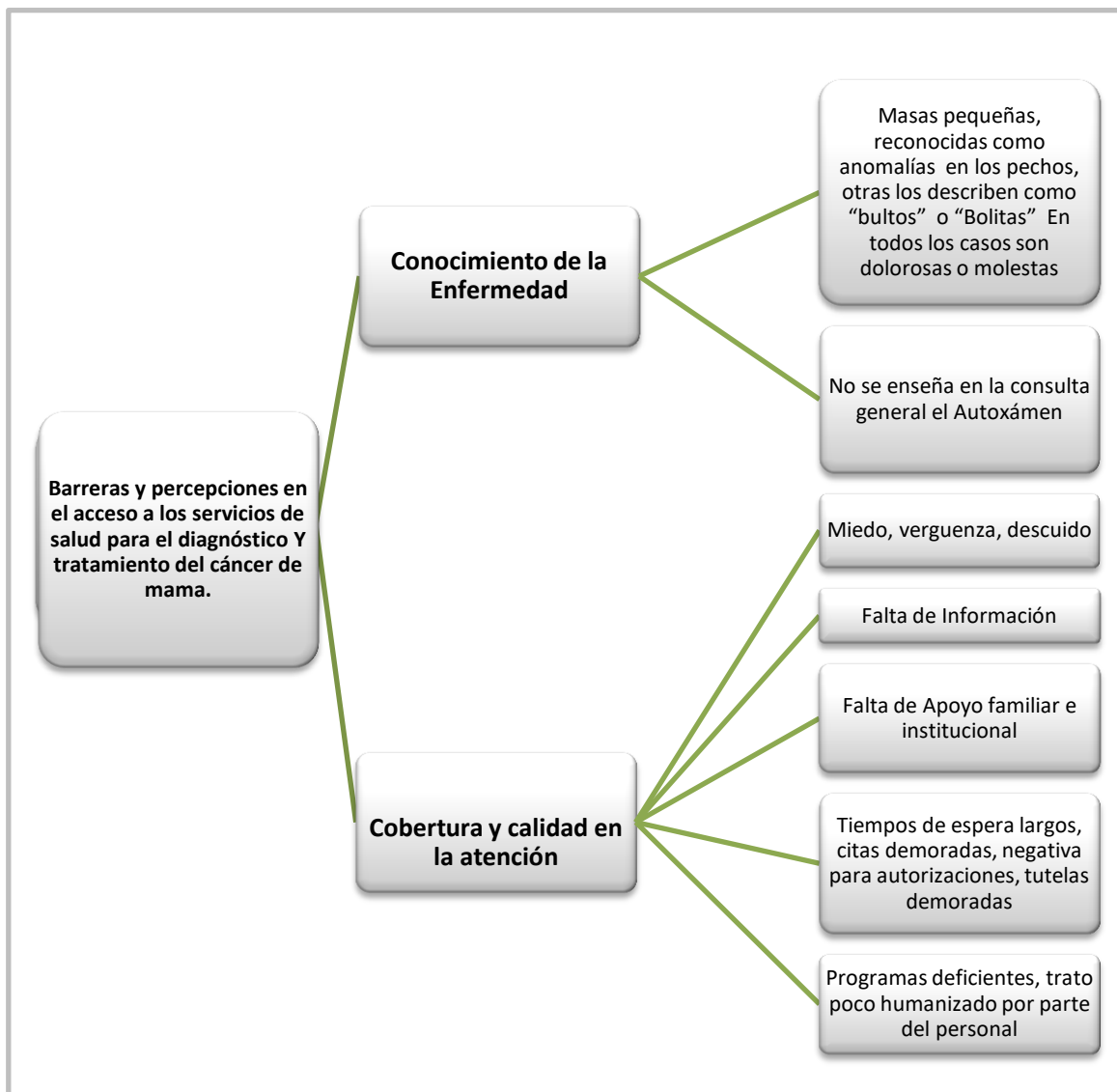
Además, piensan que lamentablemente es necesario recurrir a un medio judicial como es la tutela para que se le respeten sus derechos en salud, aunque algunas recurren primeramente al servicio de peticiones, quejas y reclamos de su EPS o mantienen conversación con el profesional en trabajo social. Sin embargo, hay personas que no tienen el conocimiento e iniciativa para instaurar una acción de tutela y por ello no la emplean.

Discurren en que el trato recibido por los profesionales de la salud es normal, cordial pero no afectuoso. Algunos profesionales son muy sensibles otros no. No se toman el tiempo necesario para escuchar y las consultas terminan demasiado rápido. Los profesionales culpan al paciente por lo que está sucediendo, no atienden con asertividad.

El personal de la salud debe mejorar su comunicación con los usuarios, ser más amables, humanitarios. Capacitar al personal de atención al cliente para brindar orientación referente a la utilización de los servicios de salud, en especial para los usuarios de estratos económicos y social bajo. Se debe tener más tiempo y disponibilidad de acuerdo al diagnóstico de las personas, es decir hacer un buen triage de clasificación de la atención. Se deben desarrollar programas de prevención más prácticos, porque algunos sólo se dedican a recomendar o dar consejos hablados y los pacientes consideran que esto cansa o aburre. Los programas de salud deben llegar más a las casas, a las calles, a las poblaciones distantes, y se debe salir a buscar a los pacientes y traerlos al puesto de salud si es posible.



**Gráfica Nº 11 Análisis Barreras y Percepciones en el Acceso a los Servicios de Salud para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama. Mujeres**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016



- **Caso 1:** Paciente de 38 años, casada, estrato socioeconómico bajo, ejerce la labor de madre comunitaria y pertenece al régimen contributivo. Sin antecedentes familiares de cáncer. Al momento del diagnóstico, se encontraba en BIRADS® Categoría 4b (Sospecha intermedia de malignidad). Manifiesta que duró 15 años asistiendo a consulta médica y se hacía valorar las mamas, diagnosticándole un quiste doloroso y hace 6 años no quisieron operarla. A mediados del año 2015 tuvo que interponer una acción de tutela para su primera atención con el servicio de oncología pues la EPS demoró tres meses para asignarle la cita para la valoración de la mamografía por un especialista. En el año 2016, mes de mayo fue intervenida quirúrgicamente realizándole una Mastectomía simple sin reconstrucción, porque no autorizaron las prótesis para realizar la cirugía reconstructiva simultánea a la mastectomía. Razón por la cual estuvo cancelado el procedimiento, hasta que la paciente decidió operarse sin la reconstrucción, para no retrasar su tratamiento quirúrgico. Siente que requiere ayuda psicológica pero no sabe cómo solicitarla ante su EPS porque le da temor que también se la nieguen como los anteriores servicios negados. Pero se siente apoyada por su esposo, que la escucha y la continua valorando como mujer aunque le falte una mama.
- **Caso 2:** Paciente de 34 años, casada, perteneciente a estrato medio/alto, régimen contributivo, con títulos en postgrado. Con antecedentes familiares de cáncer. Manifiesta que ocasionalmente se realizaba el autoexamen de mama y que fue en una ocasión donde consultó por chequeo general que el médico le valoró las mamas, identificando una tumoración no dolorosa en la mama derecha. Indica que por su edad la EPS no le autorizó exámenes como la mamografía y además, por relacionar el cáncer con la muerte, no esperar los largos tiempos de autorizaciones, ella junto con su familia, decide realizarse todos los exámenes diagnósticos y de laboratorio de forma particular, incluyendo las consultas con el especialista. Al momento del estudio se encontraba finalizando tratamiento con quimioterapia e

interponiendo derecho de petición para que le autorice su EPS el tratamiento quirúrgico por el especialista en tejidos blancos y mama en compañía con cirugía plástica.

- **Caso 3:** Mujer de 60 años, casada, estrato socioeconómico alto, ama de casa, régimen contributivo, nivel educativo básica secundaria. Con antecedentes de Bypass gástrico, hipertensión y diabetes y un caso directo de cáncer de mama por parte de su mamá. Manifiesta que el proceso oncológico en sí mismo es difícil y se convierte más tedioso cuando la lucha se traslada hacia la EPS para hacer valer los derechos del paciente; y que el ingreso por primera vez a sistema para el tratamiento del cáncer es complicado. El diagnóstico le fue dado el mes de febrero de 2015 y logró realizarse la primera quimioterapia en el mes de enero 2016. Este lapso de tiempo prologado debido a la falta de agenda para ser valorada por el especialista en Tejidos blandos y mama. Demoró tres meses esperando la asignación de la cita y por su condición física (sobrepeso) en ocasiones no contaba con un familiar que le realizara un acompañamiento.
- **Caso 4:** Paciente de 42 años, soltera, estrato socioeconómico bajo, nivel educativo técnico, régimen subsidiado, dedicada actualmente a labores del hogar y con antecedentes familiares de cáncer de pulmón. Indica que regularmente se realizaba el autoexamen de mama y que lo aprendió viendo un programa de salud por la tv. Consideraba que por sus antecedentes familiares, en algún momento de la vida podría darle cáncer pero por llevar una vida sana y bajo de stress, no le daría. Manifiesta que pasaron cinco meses entre la sospecha del diagnóstico dado por el médico general y la primera cita con el especialista, cambiando el estado de la lesión de BIRADS® Categoría 4ª a BIRADS® Categoría 5 (agresivo e infiltrante). Además, piensa que los profesionales de la medicina deben mejorar la manera de emitir el dictamen médico a las pacientes, para que no se genere un impacto psicológico y siempre procurar que lo reciban en compañía de un familiar.

- **Caso 5:** Paciente de 40 años, soltera, perteneciente al estrato bajo, nivel educativo técnico, régimen subsidiado, dedicada a labores del hogar. Indica que no se encontraba afiliada a ningún régimen porque no lo consideraba necesario, puesto que su hermana trabaja en un hospital y le conseguía las consultas médicas, hasta que le diagnosticaron el cáncer de mama. Razón suficiente para verse obligada a afiliarse al régimen subsidiado. Al inicio la atención fue oportuna, no tuvo inconvenientes con las autorizaciones, pero a pesar de estar autorizado el procedimiento quirúrgico para mastectomizarla, la EPS pierde contratación con la IPS de cuarto nivel con la que tenía convenio. La paciente estuvo alrededor de 4 meses sin tratamiento y sin solución de la situación por lo que se vio obligada a presentar queja ante la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud). Pasados 15 días, hubo fallo a su favor, viéndose obligada la EPS a contratar con otra IPS de las mismas características. Posterior al tratamiento quirúrgico, fallece su padre quien le apoyaba económicamente en el desarrollo de la enfermedad.
- **Caso 6:** Mujer de 65 años, viuda, estrato socioeconómico bajo, sin nivel educativo, dedicada a labores del hogar, perteneciente a régimen subsidiado. Vive lejos del lugar de atención para el tratamiento oncológico, por lo cual su EPS tiene asignado un transporte (Vans) para recogerla y retornarla a su vivienda. Indica que no se realizaba el autoexamen de mama y por su edad, cada año le realizaban la mamografía. Considera que la atención recibida en el proceso de su enfermedad no ha sido buena, porque la lesión fue descubierta con un tamaño de 2 cms y los médicos que la valoraron, en consenso, decidieron no operar porque estaba muy pequeña. Dice que no la sometieron a ningún tratamiento y esperaron que la masa creciera a 5 cms para poder intervenirla.
- **Caso 7:** Paciente de 44 años, soltera, estrato medio/alto, con título universitario, perteneciente al régimen contributivo y sin antecedentes familiares de cáncer. Se realizaba el autoexamen de mama regularmente y

se detectó una lesión en el cuadrante superior interno de la mama derecha. Estima que la patología hizo que “se le saliera el gladiador que lleva dentro”, porque permitió que defendiera no tanto sus derechos para vivir, sino los de sus hijos para tener una madre. Presentó tres quejas ante la trabajadora social, una acción de tutela por retrasos en la entrega de medicamentos y otra para autorización de prótesis para la reconstrucción mamaria. Por dichas demoras, empleó los medios de comunicación (radio y tv) para hacer valer sus derechos y en un periodo de tres días, la EPS le entregó todas las órdenes de cirugía y tratamientos no pos represados.

- **Caso 8:** Mujer de 54 años, viuda, estrato bajo, régimen subsidiado, sin nivel educativo. Nunca se ha realizado el autoexamen de mama y cuando se hizo la primera mamografía, le detectaron una lesión sugestiva de cáncer. Se ha realizado todos los exámenes médicos que le han ordenado, está finalizando las quimioterapias y aún no le han dado orden de cirugía esperando agenda del especialista. Además, no cuenta con apoyo familiar, asiste sin acompañante a las quimioterapias y en algunas ocasiones, se presenta sin consumir alimentos sólidos.
- **Caso 9:** Paciente de 51 años, separada, estrato económico bajo, nivel educativo básica secundaria, régimen contributivo y trabaja como independiente. Con antecedentes oncológicos familiares de ambas partes. Indica que asistía regularmente al médico y preguntaba por la valoración de las mamas, pero por su edad le decían que no era necesario realizar un estudio imagenológico. Instauró queja ante la Supersalud y un representante de este ente se comunica regularmente con ella para hacerle seguimiento a la EPS. Sugiere que los médicos deben tener mayor comunicación con los pacientes y explicarles su situación con palabras adecuadas que puedan entender.

### 8.3 CATEGORIAS EMERGENTES

Al analizar los datos obtenidos en las entrevistas a profundidad con el grupo de profesionales en medicina, especialistas en medicina general y subespecialistas en tejidos blandos y mama y grupo focal con las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, surgieron tres categorías no contempladas inicialmente al diseño del presente proyecto.

**TABLA Nº 24 Categorías emergentes.**

VARIABLE ANALIZADA	PRINCIPALES HALLAZGOS
<p align="center"><b>Articulación de los niveles de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Muchas veces el desconocimiento por parte de los niveles 1 y 2 de patología mamaria, de los paraclínicos mamarios, de la necesidad de diagnóstico, porque muchas veces ahí se trava el proceso y no solo ahí, sino entre ese nivel y el nivel superior desde el tercer y cuarto nivel también se crea una barrera”.</li> <li>- “Nosotros no sabemos cómo está la pte después que sale del primer nivel. Cuando esa paciente regresa con su hijo o por otra causa es que uno le pregunta”</li> <li>- “Las pacientes regresan pero no por contrareferencia, si no que como aquí todos nos conocemos y somos unidos, ella regresa a contarnos que le mandaron o que le están haciendo”.</li> <li>- “Sí ha habido ptes con Ca de mama pero no atendido por nosotros directamente, porque después que la referimos difícilmente volvemos a tener una información”</li> <li>- “Si un médico general de primer nivel, manda una mamografía, no se la aceptan en su EPS, hasta que sea un médico general de allá quien la mande”</li> <li>- “Los médicos de primer nivel no podemos remitir al pte con un estudio diagnóstico relevante como la mamografía porque no se lo autorizan. Debe la paciente nuevamente hacerse valorar por un médico general de su EPS y si él lo considera, se lo autorizan o lo remite al especialista”</li> </ul>
<p align="center"><b>Capacitación y formación del personal de atención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “En los programas de medicina no hay una cátedra de oncología clínica como tal. Entonces eso es una falla que tienen todos los programas de medicina en el país”</li> <li>- “Se requiere una cátedra de oncología como tal, para que el médico salga más preparado para identificar los pacientes con cáncer de mama o cualquier otro tipo de cáncer, las sospecha</li> </ul>

	<p>clínica, para evitar que los pacientes que lleguen con estadios más avanzados”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Que exista en un radiólogo, uno de calidad o un programa de calidad lo mejor posible para el mejor diagnóstico imagenológico del cáncer de mama, en cuanto al nivel especializado”</li> <li>- “Los médicos del primer nivel y segundo nivel deben ser mejor capacitados. Porque es que la capacitación que reciben los estudiantes para salir como médicos generales, en cuanto el cáncer de mama es deficiente. Puede ser mejor”</li> <li>- “La capacitación continuada intramural debe ser responsabilidad de las EPS, como una retribución, en doble vía, para esos médicos e incluso puede ser y está siendo apoyada incluso por clínicas farmacéuticas”</li> </ul>
<p><b>Desconocimiento de la normativa técnica y legal para la atención del CA en el 1er nivel</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Nosotros al hacerle citologías a las pacientes también le hacemos el auto examen de mama y les enseñamos el auto examen de mama”</li> <li>- “Las pacientes se canalizan cuando vienen por acá por la cita para citología, allí yo le hago el autoexamen y le digo como debe hacerse”</li> <li>- “Cuando aquí me hacen las asistencias técnicas de salud sexual y reproductiva, pues también lo manejamos, se maneja, se crea una carpeta y el médico me entrega mensual, con el reporte que él le hace.”</li> <li>- “Nos seguimos por la Resolución 412 que es la que rige la promoción y prevención en Colombia”.</li> </ul>

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

Se resalta una falta de articulación entre los niveles de atención en salud. Los actores del sistema (promotores de salud, médicos y enfermeros del bajo nivel de complejidad (EPS e IPS) no trabajan de forma armónica. Poco son los promotores de salud, en especial los del régimen subsidiado, que realizan demanda inducida y seguimiento a los usuarios de sus Eps.

Cuando se referencia a un paciente con un diagnóstico o con sospecha diagnóstica de cáncer de mama, las EPS en reiteradas ocasiones subestiman el concepto emitido por el médico de bajo nivel de complejidad, revalorando al paciente; y una vez aceptado en la EPS, no se efectúa la contrareferencia, no se



le puede realizar seguimiento al paciente, a menos que sea él mismo quien regrese por un motivo de consulta diferente o el paciente comente su situación dada la cercanía afectiva que se establece entre los prestadores de servicio y el paciente.

Además, el servicio oncológico no está centralizado, no existe un prestador que maneje diagnóstico, quimioterapia, cirugía, rehabilitación en un solo lugar. El paciente debe dirigirse a su EPS cada vez que requiera un tratamiento para ser autorizados por evento, este acontecimiento extiende los tiempos de atención a la vez que la patología progresa significativamente.

Se requiere una formación del profesional médico en medicina preventiva, con mayor compromiso en la Atención primaria, en promoción y prevención. Este compromiso debe ser adquirido desde la academia, empoderando a los futuros profesionales en el campo preventivo. Además, se debe enfatizar en las cátedras de Oncología clínica para que egresen profesionales sensibles y preparados para detectar anomalías mamarias y realizar diagnósticos acertados.

De igual forma, desde los entes institucionales, le corresponde a las EPS e IPS de los diferentes niveles de complejidad, incluir en sus planes de capacitación continua la temática oncológica y socialización de normatividad vigente puesto que se manejan términos incorrectos e incumplimiento de la reglamentación, como por ejemplo el aumento en remisiones para estudios mamográficos a final de periodo para cumplimiento de las metas.

#### **8.4 MATRIZ DE TRIANGULACION POR TECNICAS**

Al comparar los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas, las entrevistas y el grupo focal, se puede sintetizar que las mujeres condicionan el saber de una patología siempre y cuando la estén enfrentando o propensa a presentarla. Inicialmente no saben de su enfermedad pero con el transcurrir del tiempo van aprendiendo de la misma. Lo que evidencia la necesidad de iniciar un

programa de Educación en Salud que promueva el autocuidado en especial la práctica del autoexamen de mama desde el bajo nivel de complejidad.

La barrera que más se percibe para el acceso a los servicios de salud radica en la demora para iniciar la atención oncológica. Si bien es cierto, falta el compromiso médico e institucional para promover la salud de las pacientes, pero una vez superado esto, cuando la paciente presenta una sospecha de diagnóstico, el proceso de autorizaciones, asignación de citas, inicio de quimioterapias y tratamiento quirúrgico se convierte en el cuello de botella del servicio, por lo cual se deben considerar algunas estrategias para reducir los tiempos de espera.

A pesar que las mujeres identifican la atención de los médicos como buena, consideran que se puede mejorar si los galenos fueran más humanizados y mejoraran su comunicación empleando términos comprensible para ellas.

Se considera deficiente la infraestructura de los centros de atención. En el bajo nivel de complejidad se trabaja con mucha dificultad. Refieren coordinadores y enfermeras que los recursos son limitados. No existe la centralización de la atención oncológica, lo que expone al paciente a recorrer diferentes lugares de la ciudad para realizarse el tratamiento completo.

**TABLA Nº 25 Matriz de triangulación por técnicas.**

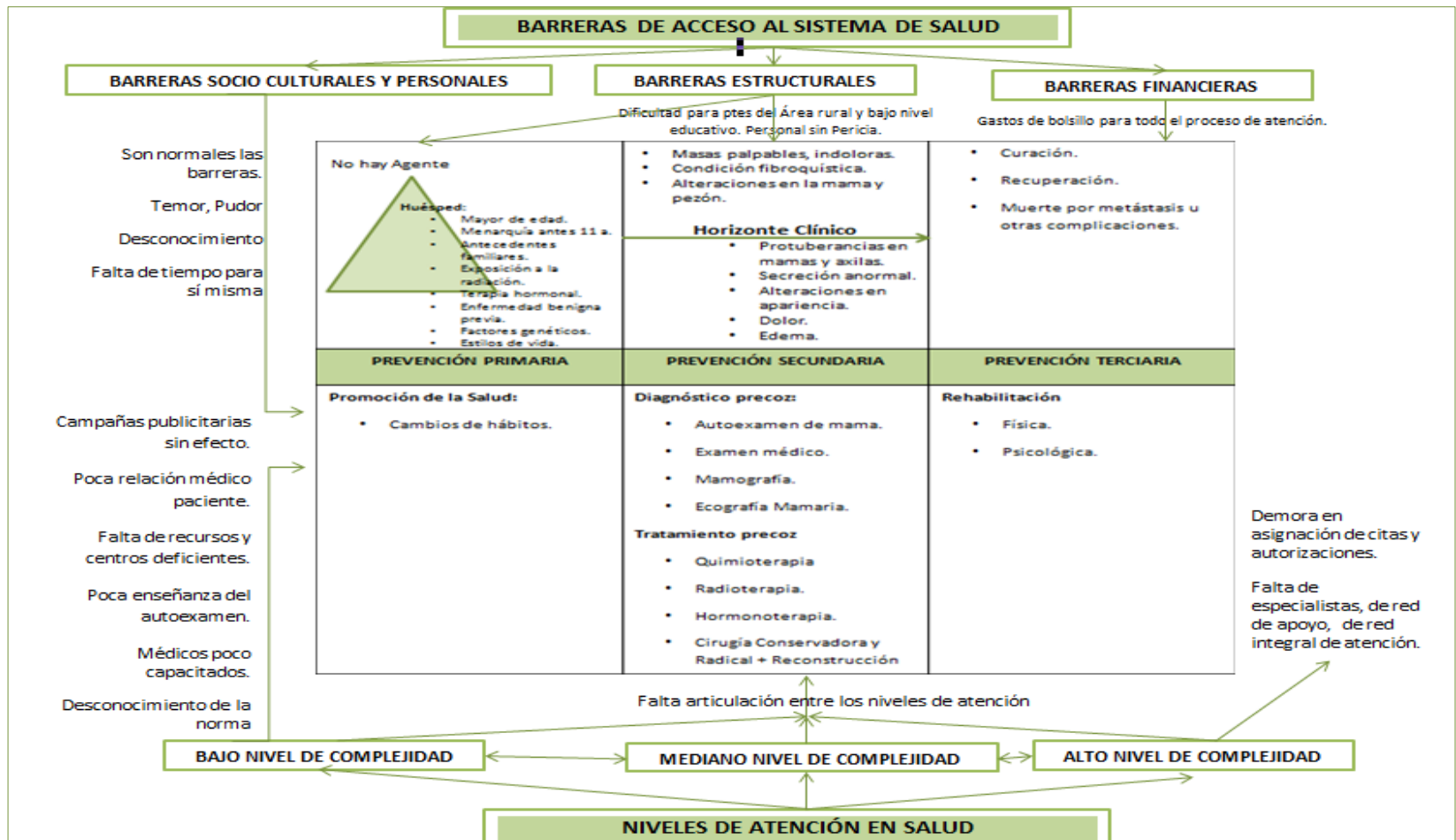
CATEGORÍA	ENCUESTA	ANÁLISIS CUALITATIVO	SÍNTESIS INTEGRATIVA
<b>Conocimiento de la enfermedad</b>	La población de mujeres con CA de mama, demostró un alto nivel de conocimiento de su cuerpo y de la patología. Cuando ya la poseen, reconocen los estadios o etapas en los que se encuentra su enfermedad. Conoce como se inició y como va cursando.	<p>“Inicia como crecimiento de masitas anormales”</p> <p>“unas masitas en los pechos”</p> <p>“Bultos”</p> <p>“Bolitas en los senos”</p> <p>“Dolor en los senos, se ponen duros”</p> <p>“inicia con cambios en los senos”</p>	Está implícita una condición anterior de desconocimiento de la enfermedad, sus etapas y manifestaciones, pero cuando se encuentran en etapas avanzadas se educan y conocen su propio diagnóstico, las etapas, las denominaciones de diagnóstico y otros aspectos.

<p><b>Cobertura y calidad en la atención</b></p>	<p>La atención es en general buena. Los pacientes valoran el servicio de salud y se apropian de él, pero hay inconvenientes con los tiempos y asignación de citas. Hay poca oportunidad de atención debido a la falta de subespecialistas y por ende, disposición de agendas. Además, se remitían a la mayoría las pacientes que presentaban alguna alteración mamaria por lo cual se represaba la agenda.</p>	<p>La cobertura es considerada baja, "Asignación de citas" Las EPS No son tan eficientes, Son poco eficientes, no se cuenta con todos los recursos para poder atender con calidad al paciente. Los pacientes tienen muchos problemas con sus EPS, en cuanto autorizaciones, que les permitan acceder a los servicios, una autorización o una cita de medicina general, una autorización con médico de promoción y prevención o la autorización de un estudio diagnóstico emitido por un médico general.</p>	<p>Para la población analizada la cobertura es todo lo que tiene que ver con los servicios que necesitan y merecen. En general consideran la atención buena pero que aún es deficiente. La dinámica de funcionamiento de las EPS, ha ido en retroceso, los tiempos de espera son muy largos y se necesita mejor oportunidad para los casos.</p>
<p><b>Tratamiento</b></p>	<p>Se dispone de diferentes opciones de tratamiento, se considera que se ofrece tecnología y metodologías suficientes</p>	<p>Se exponen diferentes estrategias para la atención y se considera que se hace todo lo posible para prestar un tratamiento oportuno y eficaz.</p>	<p>El tratamiento que se brinda es el más conveniente para las pacientes pero hace falta abrir más posibilidades para de reducir los tiempos de espera.</p>
<p><b>Educación</b></p>	<p>El nivel educativo de la población afectada oscila entre los estratos 2 y 3. Poco preparados, con nivel de lenguaje que necesita mejores espacios de comprensión.</p>	<p>La población es de bajo nivel de interpretación. Los profesionales hacen todo lo que esté a su alcance para poder darse a entender en un léxico sencillo y claro. Hay ciertas barreras de comunicación sin embargo, se evidencia falta de capacitación del personal de salud. Aún es muy bajo el porcentaje de mujeres que no se hacen el autoexamen.</p>	<p>La educación y la cultura son muy importantes para poder dar una atención oportuna y con calidad a los pacientes. Se hace necesario que los pacientes puedan recibir y dar comunicacionalmente los mensajes necesarios para que se difunda correctamente el mensaje.</p>
<p><b>Infraestructura de los Centros de Salud</b></p>	<p>El acceso es complicado, no se cuentan con recursos en los barrios y localidades para</p>	<p>La Estructura física es deficiente. Faltan medios y recursos de diagnóstico y tratamiento. Las IPS no</p>	<p>Para la población la estructura física, las facilidades de acceso y de movilización son importantes pues</p>

	<p>disminuir las barreras de acceso. Los centros de salud no disponen de citas y de consultas oportunamente</p> <p>La afiliación es baja aún en el sistema y la categoría de subsidiada es aún muy exigua para una población sin recursos.</p>	<p>cuentan al interior de sus instalaciones con servicios diferenciados y especializadas en el tema de CA de mama</p>	<p>determinan el contacto directo con el paciente, su diagnóstico y tratamiento.</p> <p>El acceso a los servicios de salud garantiza la posibilidad de curarse y tratar la enfermedad de manera oportuna. Los costos, los tiempos de espera limitan la atención oportuna de la enfermedad.</p>
--	--	---	--

**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

**Gráfica N° 13. Barreras encontradas durante el acceso al sistema de salud con relación a la historia natural de la enfermedad y los niveles de atención en salud.**



**Fuente:** Información obtenida del proyecto: Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016

## 9. DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en el presente estudio, estimando los testimonios y las encuestas realizadas a las pacientes y las entrevistas al personal médico, especializado y administrativo de los diferentes niveles de atención, revelan algunos aspectos tratados en la literatura y se identifican otros elementos que evidencian barreras de acceso al servicio de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. La identificación de estas barreras, permite comprender el sistema desde la perspectiva de cada actor y orientar políticas y acciones que favorezca el bienestar de los pacientes y del personal de salud.

### **1. Barreras para el acceso y percepción de las pacientes con cáncer de mama durante la utilización de los servicios de salud.**

Desde la mirada de las usuarias del sistema, ellas sienten que su rol en la sociedad sigue siendo proscrita y aún más en el sistema de salud. Consideran que las barreras hacen parte innata del sistema y que cada paciente debe pasarlas como un proceso más. Suceso que Giraldo y Ceballos denominan “Normalización de las barreras” (51) que consiste en la invisibilidad o al hábito de una serie de barreras que se consideran como parte normal de la atención de una EPS. Es normal que se demoren para las asignaciones de citas o autorizaciones, que no entreguen los medicamentos, entre otros. Para superar esta barrera se requiere que las usuarias presenten un empoderamiento del funcionamiento del sistema. Enfocar la atención en el bajo nivel de complejidad, en las mujeres mayores de 50 años, y más si provienen del área rural y son de bajo estrato y nivel educativo para que se les enseñe con un enfoque de derechos y deberes en salud, y que el personal de enfermería y médico estimule el conocimiento de derechos a esta población específica.

En este estudio, además, se encontró que las mujeres que conocen el doble de su enfermedad al momento del diagnóstico son las menores de 50 años, las que

poseen un nivel de estudio superior y si su desempeño laboral es por fuera del hogar, conocen su enfermedad tres veces más en relación con las mujeres que permanecen en el hogar. Resultado similar a lo señalado por Castillo y cols (52) donde las mujeres de 30 a 49 años obtuvieron mayor porcentaje de conocimiento sobre la técnica de autoexamen de mama, argumentando que “se debe a que a medida que avanza el ciclo vital individual aumentan las regularidades en los estilos de vida”.

Ellas evidencian las barreras ligadas a la falta de comunicación o falta de efecto de las campañas publicitarias del autoexamen de mama, dándole un significado más que el meramente médico; que se convierta en una representación del autocuidado, que refleje el bienestar e interés de la mujer por mantenerse sana, de esta manera evitar el malestar físico y emocional propio y a los suyos que se vive al presentar la enfermedad. Es necesario que la mujer tenga confianza y despliegue capacidades para realizarse la autoexploración de sus mamas. Que desarrolle habilidades de tipo manual, emocional y cognitivas para detectar anomalías en sus glándulas mamarias que requieran la valoración de un experto. (53).

Martínez y cols (10) recomiendan que para favorecer las conductas de autocuidado, las campañas de comunicación y educación deben enfocarse en los factores protectores del cáncer de mama, promoviendo la lactancia materna, consumo de alimentos ricos en fibras, ejecución de actividad física de forma regular, control del peso, ingesta de alcohol y no automedicación de terapias de reemplazo hormonal en la menopausia.

Las usuarias consideran que los profesionales de la salud no les brindan un trato afectuoso. Que deberían ser más amables, humanitarios. No las escuchan y las consultas terminan demasiado rápido. Y al salir de la consulta, muchas se sienten culpables de lo que les está sucediendo, porque muchos especialistas las hacen sentir así. Para ello, Ospina Díaz y cols (53) consideran que se debe tener una

comunicación persuasiva con los pacientes, utilizada como “dinámica para facilitar el diagnóstico precoz y disminuir el riesgo de cáncer en las mujeres, esto es, el uso de este proceso puede generar comportamientos preventivos”.

De igual manera, manifiestan las mujeres que algunos colaboradores del servicio de atención al cliente no brindan la orientación referente a la utilización de los servicios de salud, en especial para los usuarios de estratos económicos y social bajo, lo que influye a que el paciente no conozca la ruta a la cual debe dirigirse o ubicarse.

Se expresa además, que en pleno siglo XXI, las mujeres no consultan por miedo, vergüenza o descuido. Manifiestan estar ocupadas en las labores del hogar y no se toma el tiempo para una consulta médica. Otras por temor a que el médico le confirme un diagnóstico que por la sintomatología presentada ellas sospechan que podría ser cáncer. A estas consideraciones son las que el estudio de Giraldo y Ceballos denominan “autobarreras” las cuales impiden el diagnóstico y tratamiento oportuno de CaMa. Las autoras estiman que esas explicaciones para no acceder al sistema de salud, no se pueden explicar simple y aisladamente, solo se logra si se analiza del contexto, vivencias personales y su relación con los demás (9).

Otra barrera importante es la falta de apoyo familiar o de una red de apoyo que les brinde el soporte psicológico que en ocasiones la EPS no les ofrece aunque la solicite. Situación descrita por Vargas, Vásquez y Mogollón (54) que consideran este aspecto incapacitante para el uso de servicios en salud, en especial en comunidades que poseen gran carga familiar y laboral, mujeres vulnerables económicamente y mujeres desplazadas sin integración en su contexto social.

Por otra parte, las encuestadas y entrevistadas consideran que las autorizaciones son muy demoradas en especial cuando son insumos de tipo No Pos, por lo cual algunas con conocimiento o asesoradas respecto a los derechos de los pacientes, acuden a interponer una queja ante la trabajadora social, una tutela o una demanda



ante la Supersalud y mientras tanto, si estimar que se cuente con recursos económicos suficientes, deciden realizarse los exámenes médicos, compra de medicamentos o realización de procedimientos sencillos, asumiendo pagos adicionales (gasto de bolsillo) que en ocasiones no son reembolsados por la EPS. Este escenario es referido por Sánchez y Estupiñan (55) como una barrera estructural relacionada con la posición económica y enfrentada por las mujeres de estratos sociales bajos que a pesar de estar aseguradas, buscan mejorar la atención en salud asumiendo costos indirectos.

También, los tiempos de esperas para consulta general y aún más para especialista, son demorados. Un tiempo de espera entre 3 y 4 meses, es un tiempo valioso perdido para brindar una atención oportuna que prevenga una recaída o en peores casos, la muerte del paciente. La falta de especialistas en la ciudad es un factor influyente para la asignación de citas, considerando que está en aumento la demanda de pacientes que requieren el servicio. Cabe resaltar que el artículo 124 del Decreto Ley 019 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1552 del 14 de Mayo de 2013 en la cual se establece la prioridad en la asignación de citas para los casos de pacientes oncológicos y que las EPS e IPS deben mantener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada, todos los días hábiles del año, sin estimar que no se realizaran asignaciones porque el médico especialista se encuentra de vacaciones o la espera eterna de una cita porque no hay agenda. Ambas situaciones manifestadas por las entrevistadas en este estudio, donde se observa un incumplimiento de esta normatividad vigente, coloca en riesgo la vida del paciente pues una atención que podría ser oportuna se convierte en tardía, dificultando el proceso en el tratamiento y pronóstico del paciente (56).

En Cartagena hace falta una entidad que preste integralmente la atención en salud oncológica. Las pacientes deben dirigirse a muchos lugares, en algunos casos distantes para realizarse un examen clínico, un examen diagnóstico, quimioterapias, cirugía y rehabilitación. Esta barrera identificada en la categoría de

variables emergentes, refleja la falta de IPS de Mediana y Alta complejidad que vuelve crítica la resolución de la atención en salud de la ciudad y aún más para pacientes oncológicos. Por ello, Agudelo (57) señala que para que se logre una detección y tratamiento oportuno de la enfermedad, se debe disponer de una red integral de atención, que cuente con recursos físicos, económicos y humano en el cual se pueda realizar todas las fases de atención del cáncer incluyendo la rehabilitación.

## **2. Barreras para el acceso al sistema de atención en salud y percepción bajo la mirada del prestador.**

- **Médicos 1er nivel:**

La primera identificada por este grupo de profesionales es la falta de recursos que persiste en el bajo nivel de complejidad. Ellos indican que esta deficiencia convierte en ineficientes e ineficaces los programas de promoción y prevención. Además, que las estrategias que se implementan en los programas de pyp son estipuladas a nivel nacional, desconsiderando la cultura, el modo de aprendizaje de la población en la costa, específicamente en Cartagena, en los estratos bajo y medio.

Describen la infraestructura de los centros de salud deficientes, con recursos e insumos básicos. Y coinciden con las pacientes en que no existen centros oncológicos que atiendan integralmente esta patología y tecnología de punta. Situación similar a la encontrada por Restrepo – Zea y cols (58) en un estudio realizado en la ciudad de Medellín, en el cual los profesionales de la medicina indican que uno de los principales determinantes para el acceso a los servicios de salud es la capacidad instalada de la institución para ambos regímenes de salud.

Consideran que las EPS retrasan el proceso de atención de mujeres con diagnóstico interrogado de cáncer de mama, pues no estiman el diagnóstico o la valoración de los médicos de bajo nivel de complejidad y las remiten nuevamente

a un médico general de su planta de profesionales, sin evaluar que esta situación pueda estar presentándose por la baja calidad de la remisión.

Otra barrera percibida es de origen sociodemográfico. Muchas mujeres consultantes son de estrato bajo y el nivel educativo básico o nulo, por lo que en ocasiones se dificulta la comunicación médico-paciente. Y por ende existe una falta de cultura de autocuidado, falta de educación, falta de conocimiento de los derechos, deberes y funcionamiento integral del sistema de salud. Lo referido concuerda con Mejía y cols (59) en un estudio realizado en Colombia 2007, en el cual establecen que la educación, la edad y tipo de afiliación a la seguridad social son factores principales incidentes en el acceso a servicios curativos y preventivos. Lastimosamente 10 años después el presente estudio continua evidenciando este determinante en salud.

Con respecto a las barreras para el tratamiento, consideran que el factor tiempo es crucial para las pacientes, existen demoras en todo el proceso. Las EPS se demoran para las autorizaciones, asignar una cita, revalorar al paciente, esto hace que la paciente se canse de tanta tramitología. Estos resultados son coincidentes con la investigación realizadas por Rodríguez Acosta en el año 2010 (47), referente a las barreras del acceso a los servicios de salud en Colombia, donde concluye que la principal barrera está relacionada con los múltiples trámites para conseguir una cita.

Creer conveniente que se debe revalorar la edad para el acceso a estudios imagenológicos como la mamografía puesto que se ha aumentado el número de casos clínicos en pacientes jóvenes.

- **Especialistas y Subespecialistas.**

Este grupo de profesionales considera que hay poca destreza de los médicos generales para hacer un buen examen de mama. Cuando valoran los resultados de una mamografía, no establecen los criterios de Clasificación BIRADS® de altas

categorías como criterios cruciales a remitir, sino que remiten cualquier anomalía mamaria. Este acto sobrecarga la agenda del especialista de mama y tejidos blandos incidiendo en la demora para la asignación de citas. Esta situación se puede estar presentando porque no se socializan los protocolos nacionales para la atención del cáncer de mama.

Además, aducen que en el bajo nivel de complejidad no se enseña el autoexamen de mama dado que enfermeras que deben estar dedicadas al autocuidado, se comprometen más con las actividades administrativas que con la prevención. Situación preocupante porque está demostrado en estudios realizados en Lima (Perú) y en Cartagena (Colombia) que la mayor y más verídica información sobre el autoexamen de mama se encuentra en los centros de atención en salud, cumpliendo el profesional de Enfermería un rol importante para brindar información clara, confiable y de calidad que garantice un conocimiento completo, reflejado en la práctica mensual de la autoexploración de las mamas (53). Esta enseñanza estaría dirigida a la sensibilización de la población para que conozca características normales de sus mamas y que en caso de detectar una anomalía, buscar atención médica inmediata. Además, es de vital importancia mantenerse vinculada al programa de detección temprana de cáncer de mama (10).

No se les orienta adecuadamente a las pacientes. Las secretarias, vigilantes y demás personal de atención al cliente refieren mal al paciente, no le ofrecen oportunidad, no le ofrecen solución o guía a sus inquietudes o dudas.

Los reducidos tiempos de atención a las pacientes, la falta de consultorios, la elaboración de rápidas historias clínicas aumenta la posibilidad de errores y mal manejo de los pacientes y difícilmente se prestan servicios complementarios al tratamiento de base, como: psicología, fisioterapia, drenaje etc.

No existen servicios oncológicos centralizados e interdisciplinarios que permita una atención integral de los pacientes. Faltan medios de diagnóstico e IPS con insumos y equipos médicos - quirúrgicos.

Relacionado con los pacientes, creen que se dificulta la atención cuando los pacientes pertenecen a un nivel educativo bajo, puesto que no dimensionan su estado de salud y no cumplen los tratamientos, además de la influencia de los factores económicos que impiden atenderse a tiempo y con calidad.

- **Coordinadores de Bajo nivel de atención.**

La barrera percibida por los coordinadores del bajo nivel de complejidad es la falta de educación en salud de la población para el diagnóstico y adherencia al tratamiento. Indican que muchas mujeres no conocen los trámites y el proceso para ser atendidas, descuidan sus deberes de autocuidado y sigue primando la pena, el pudor y el temor de descubrir sus mamas.

Consideran que las EPS, no asignan oportunamente las citas con los especialistas. No se cumple con el sistema de contrareferencia y se demoran para la autorización de exámenes diagnósticos, medicamentos y tratamientos.

Además, no existe un proyecto o plan de trabajo específico para guiar la atención a patologías mamarias. Se le da prioridad a los programas de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, alteraciones del embarazo, alteraciones del adulto y cáncer de cuello uterino.

- **Coordinadores de EPS e IPS.**

Las barreras de acceso a los servicios de salud, según este grupo administrativo, están dadas por el mismo Estado que según ellos estipulan reglas al sistema que no se cumplen y además, fortalece el servicio de la salud como un mercado. El Estado no consolida su rol de regulador y no modifica hábitos comunitarios ni crea políticas públicas que incentiven cambios de conductas, para prevenir y diagnosticar tempranamente el cáncer de mama. Falta una cultura de autocuidado.

No se cumple a cabalidad la estrategia de Atención Primaria en Salud. No se está llegando, buscando, caracterizando a la población. No se está haciendo gestión de riesgo con redes integradas de salud. Por ello la tardanza en los diagnósticos más las barreras que se encuentran en el sistema.

Existen pocos profesionales especializados en tejidos blandos y de mama en el mercado de la ciudad, y se presenta dificultad para llegar a acuerdos tarifarios con estos profesionales. Esta barrera percibida por los coordinadores de EPS e IPS es una dificultad importante, porque esta situación genera contrataciones insuficientes, con la subsecuente demora para la asignación de citas y aperturas de agendas médicas. Lo que Sánchez y Estupiñán (55) llaman “Barreras propias del sistema: dificultades administrativas y desinformación” originadas en el asegurador, en el prestador y/o en el plan de beneficios y que se le puede brindar solución si se contratan especialistas provenientes de otras ciudades para que cubran la agenda y se programen las citas con mayor oportunidad.

La capacidad de la red es insuficiente para soportar una carga de grande de mamografías, razón por la cual se colapsa el sistema, se retrasan las citas y los pacientes se fatigan. Presencia de muchos trámites en las EPS para mediar autorizaciones, que promueve falta de integralidad en la atención.

Los médicos no están cumpliendo las guías y protocolos para la detección temprana de la patología en estudio. Puede ser por falta de socialización y/o capacitación en los centros asistenciales o por el enfoque asistencialista y no preventivo que se le da al estudio de la medicina desde la academia.

A los pacientes no se les está realizando el seguimiento respectivo. No se hace búsqueda con las promotoras de salud, las EPS no siguen el proceso del paciente y las IPS no prestan servicios oncológicos centralizados. Situación percibida y que se ubica por debajo de los estipulado en el protocolo de vigilancia del cáncer de mama (ver Anexo J), el cual indica que las direcciones departamentales, distritales y municipales, en caso de Cartagena el Dadis, debe seguir los casos de cáncer

de mama para garantizar el inicio y la continuidad del tratamiento individual de cada caso diagnosticado (30).

### **3. Estrategias empleadas por consultantes y prestadores al presentarse ante una barrera de acceso al servicio de salud.**

#### **Consultantes:**

Las pacientes señalan que ellas al presentarse una barrera que impida el acceso al servicio de salud, recurren a:

- Interponer una queja ante el servicio de Trabajo Social.
- Interponer una queja ante la Supersalud.
- Interponer acciones de Tutela para hacer valer su derecho a la salud y respeto por la dignidad humana.
- Si cuentan con recursos económicos, prefieren cancelar como particulares los servicios de salud, representando este acto un gasto de bolsillo que la EPS en algunas ocasiones no reembolsa. Además, esta decisión les permite disminuir la espera para la asignación de citas pasando de tres meses una consulta por la EPS a tres o cinco días, una consulta de tipo particular.
- Mantener una relación cordial con las secretarias o personal de atención al cliente para que les colabore en caso de necesitar algún tipo de apoyo u orientación para acelerar el proceso de atención. Uso de los llamados funcionarios “puente” (59).
- Asistir a las consultas con un familiar para que recuerde y comprenda lo que el médico le está explicando de su patología o tratamiento a seguir.

#### **Prestadores:**

Los profesionales de la Salud indican que ante las barreras ellos:

- Emplean un lenguaje coloquial que les permita mantener la comunicación asertiva con las pacientes de nivel educativo bajo.
- Realizan remisiones a la EPS con el rotulo de Urgente o Prioritario que le permita a la paciente la consecución en menores tiempos de una cita médica con el especialista.
- En el bajo nivel de complejidad, captura de pacientes desde la detección temprana del cáncer de cuello uterino a las que ingresan por citología. A estas pacientes se les enseña el autoexamen de mama.
- Aprovechamiento, en los centros de atención de bajo nivel de complejidad, del Talento humano provisto por los convenios docencia servicio para la educación en salud, a través del empleo de charlas, distribución de folletos o consultas personalizadas.



## 10. CONCLUSIONES

Esta primera aproximación del fenómeno de barreras y percepciones bajo una mirada mixta permitió identificar: las vivencias de las mujeres que padece la enfermedad, las inquietudes e inconformidades de los médicos, la percepción de los coordinadores de EPS e IPS acercando sus voces y transmitiéndolas en primera persona. Mostrando la influencia de determinantes sociales en salud y rasgos de inequidad social, dado que las mujeres de estratos y nivel académico bajo, de origen rural y de régimen subsidiado tienen mayores barreras de acceso al sistema y a la educación en salud.

Tres de cada cuatro mujeres encuestadas conocían la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. Sin embargo de ellas, la mitad se les detectó y diagnosticó de forma temprana y un 60% de ellas se encuentra en etapa de recuperación. A una de cada dos de estas mujeres la noticia de cáncer le generó un impacto en su vida de tipo psicológico y la gran mayoría no imaginó o pensó que podían ser vulnerables o afectadas.

Seis de cada 10 mujeres manifiestan que se realizan autoexamen de mama, cifra muy inferior de las mujeres colombianas que en la encuesta de demografía y salud del año 2015 que si conocen y si se practican el autoexamen de mama (95,2%). De otra parte la mitad de ellas, son valoradas por el médico mediante la exploración.

Un 20% aproximadamente de las usuarias han recurrido a la figura de tutela para reclamar sus derechos en este tipo de atención, cabe señalar que la gran mayoría reconoce la atención médica como “buena”.

Una de cada cuatro mujeres afectadas con cáncer de mama no dispone de recursos económicos para subsanar gastos de bolsillo y para la mitad de las afectadas el lugar de atención dista de su lugar de residencia.

Más de la mitad de las encuestadas afirman que el centro de atención no dispone de programas que permitan acciones de prevención de la enfermedad y menos de promoción de la salud. Para una de cada cuatro de ellas, su institución se comunicó para informarles el resultado y de ellas solo al 15% su institución de salud se comunicó por incumplimiento de citas.

Lo relevante es la asociación de conocimiento de la enfermedad relacionado con: edad menor de 50 años, mayor nivel de educación, tener un oficio o actividad laboral, residir en área urbana. Para la práctica de autoexamen se relacionó con nivel de estudios y pertenecer al régimen contributivo. La acción se tutela se relacionó en mujeres con edades menores de 50 años y nivel educativo superior.

La comunicación de la institución de salud se relacionó con mujeres mayores de 50 años, residentes en área urbana. Mientras que la atención se relacionó con residir cerca de los sitios de atención, pertenecer estrato medio/alto, nivel educativo superior y régimen contributivo.

Con estos elementos se identifican brechas e inequidades, derivadas de la estratificación social, la segmentación geográfica (urbano-rural) y el acceso a mecanismos de información telefónica. Por tanto las condiciones de vulnerabilidad, bajo nivel educativo y pobreza marcan la diferencia y denotan oportunidades perdidas para la detección, atención y tratamiento. Estos hallazgos se visibilizan en los testimonios de las entrevistadas. No obstante, el equipo de salud en las entrevistas expresan que su rol tiene poco interés para la política de salud: *“pues consideran que sus diagnósticos son cuestionados y poco valorados por personal especializado”*. El personal de enfermería y de medicina es valorado por las especialistas por: *“pocas destrezas en los aspectos de detección y diagnóstico y en ocasiones interpretan los resultados de exámenes de tecnología avanzada de manera no apropiada”*.

Los centros de atención se evalúan deficientes en insumos y tecnología al igual de carencias de talento humano para responder en la prestación de servicios de

salud de manera integral e integrada. Así mismo, la capacidad de la red y los actuales mecanismos y políticas distan para desarrollar una actuación de calidad y oportunidad para cerrar la brecha e impactar de manera positiva en el cáncer de mama.

## 11. RECOMENDACIONES

Dado que el cáncer de mama es un problema de salud pública reconocido a nivel mundial y nacional, se requiere una intervención directa del Estado para que reevalúe las estrategias que hasta el momento no han sido eficaces para la detección precoz de la patología, interviniendo en los modos, condiciones y hábitos de vida de la población, los cuales son determinantes sociales influyentes en su salud. Por ello es fundamental difundir los resultados (voces de los actores de salud y las afectadas) a fin de establecer planes de mejora desde la atención primaria. De igual manera, hacer visible los hallazgos a la academia para reflexionar el rol de la acción educativa, social e investigativa frente al cáncer de mama en el territorio.

No obstante, diseñar estrategias que garanticen un servicio oportuno y con calidad a las usuarias del sistema que se encuentren en las fases avanzadas del cáncer, logrando la mejoría sustancial de la infraestructura de los centros de salud públicos y privados de la ciudad, que estén a la vanguardia con la tecnología y con talento humano capacitado y disponible. Esto favorecería en gran manera la eliminación de brechas de desigualdad e inequidad puesto que se dirigen las intervenciones a los “cuellos de botella” que presenta el sistema y se distinguen en la presente investigación.

Por ello se recomienda las siguientes iniciativas de acuerdo a los actores:

ACTORES	RECOMENDACIONES
<b>Distrito</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Siguiendo la premisa de “Salud en todas las políticas”, y buscando la promoción de una Acción intersectorial, se sugiere considerar la patología de Cáncer de mama e incluirla en el plan de desarrollo de la alcaldía local 2016-2019.</li><li>- Apoyar y hacer partícipe en las mesas de trabajo a las fundaciones que representan a la mujer con CaMa e involucrarlas en las actividades que desarrolla la alcaldía (Carpa Rosada), siendo un referente de supervivencia al cáncer y relatando sus experiencias en grupos comunitarios.</li><li>- De acuerdo a las últimas cifras obtenidas en el Perfil epidemiológico de la ciudad y la incidencia de la patología</li></ul>

	<p>en pacientes jóvenes, contemplar la posibilidad de iniciar tamizaje mamográfico a partir de los 40 años, según lo aconseja la Sociedad Americana de Cáncer.</p>
<b>Usuarías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integrar el trabajo colaborativo junto con la participación activa de la ciudadanía para su empoderamiento desde la planificación y ejecución de acciones dirigidas a la disminución de inequidades en salud.</li> <li>- Reconocer la corresponsabilidad que tiene como paciente para seguir hábitos saludables, asistir consulta de rutina y realización de exámenes médicos de forma oportuna.</li> </ul>
<b>EPS e IPS Bajo Nivel de Complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reorganizar programas de pyp en torno a la detección precoz del CaMa como eje fundamental para una atención integral con calidad contemplando lo estipulado en la Resolución 1442 de 2013 por medio del cual se adoptan las Guías de Práctica clínica para la atención del CaMa.</li> <li>- Organizar un ciclo de capacitaciones para médicos generales con mayor regularidad y en lo posible, capacitar a un médico centinela para cada unidad. Además, organizar encuentros con expertos de forma trimestral.</li> <li>- Apropiación de la RIA para cáncer de mama por parte del equipo de atención primaria o prestador primario.</li> <li>- Focalizar población vulnerable de acuerdo lo indicado por el MIAS. Evaluación del riesgo basadas en población e individuos.</li> <li>- Emplear la cultura cartagenera como medio de comunicación asertiva, haciendo uso de muestras musicales como la Champeta para enseñar hábitos de vida saludables y difundir el mensaje de forma clara y estandarizada para impactar en actitudes y comportamientos.</li> <li>- Visibilizar la georreferenciación de centros y puestos de salud del primer nivel para facilitar: atención, educación y movilización (hacer más cerca a los usuarios los centros de atención con calidad y humanización)</li> <li>- Fortalecer la red de referencia y contrareferencia.</li> </ul>
<b>IPS Mediano y Alto Nivel de Complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de un centro holístico de atención al cáncer para centralizar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con esta patología que cuente con servicios de Ginecología, Cirugía general, Radiooncología, Psicología y Nutrición, con un enfoque social y un programa formativo para madres comunitarias.</li> <li>- Realizar registro y seguimiento según el protocolo lo de vigilancia epidemiológica emitido el 15 de febrero de 2016 para el cáncer de mama.</li> </ul>
<b>EPS de ambos regímenes en salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pacientes con diagnóstico confirmado de CaMa, otorgarle inmediatamente un paquete de atención a la patología que evita que la pte o cuidador este constantemente dirigiéndose las instalaciones a autorizar, al detal, cada procedimiento. Esto se puede realizar realizando contrataciones por pago por caso conjunto integral de atención, paquete o grupo por diagnóstico, en donde se estipula un grupo de diagnóstico relacionado y con factores en común (Edad, Estadio de la patología, etc.) y el pago a</li> </ul>

	<p>la EPS se realiza por paciente no por evento. Si se presenta una situación que se ubica por fuera del paquete, esta se cancela por evento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A pacientes con nivel de sisben por debajo o igual a 2, después de corroborar su nivel socioeconómico, asignarle un subsidio de alimentación y transporte para asegurar su nutrición y traslado al centro de atención.</li> <li>- Fortalecer la labor de las promotoras de salud o caminantes por los barrios, buscando población en riesgo, realizar demanda inducida y hacerle seguimiento estricto a los pacientes.</li> </ul>
<b>Talento humano Bajo Nivel de Complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obligatoriedad y seguimiento a médicos generales para que realicen el examen de mama a mujeres mayores de 40 años con previa capacitación certificada.</li> <li>- Realizar remisiones con alta calidad para evitar retrasos en el proceso de atención y se valide su diagnóstico.</li> <li>- Empoderamiento del profesional en enfermería para que ejerza funciones de pyp, promoviendo el autocuidado.</li> </ul>
<b>Talento humano de Mediano y Alto Nivel de Complejidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conformar e integrar grupos de capacitación dirigidos a Médicos generales para la sensibilización de patologías mamarias que se deben remitir con prioridad al especialista posterior a un resultado mamográfico.</li> </ul>
<b>Academia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento y desarrollo del personal y futuro personal de la salud para la intervención desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, enseñando la importancia de la promoción y prevención, impulsando a la reestructuración de currículos, ampliación de créditos académicos enfocados en un modelo de prevención (asignaturas de promoción y prevención, medicina familiar).</li> <li>- Promover la enseñanza en los colegios y en los barrios la cultura de autocuidado en la mujer, modificaciones de modos de vida enfocados en la detección del ca de mama y a conocer su cuerpo, desarrollando conductas que influyen positivamente en su salud.</li> <li>- Dirigir la educación en Salud hacia un enfoque de derechos dentro del SGSSS.</li> <li>- Estimular a residentes en Cirugía general a subespecializarse en Cirugía de mama y tejidos blandos.</li> <li>- Estrategias de comunicación-acción frente a la vulnerabilidad de la mujer en etapa reproductiva (videos, foros, socio dramas, radio novelas, teatros escolares entre otros)</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia de la autora.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Nacional del Cáncer. [Consultado el 31 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. [Consultado el 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
3. Cartera de Investigación financiada por NCI, National Cancer Institute PDQ System of Act Cancer Information, Breast Cancer; 2014. [Consultado el 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
4. Goss P, Lee B, Badovinac-Crnjevic T. La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe. Lancet Oncol 2013 IV - 2013; 14: 391-436.
5. Santa Fé de Bogotá, Fundación. Seguimiento al sector salud en Colombia. Así vamos en Salud. 2016. [Consultado el 18 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://asivamosensalud.org/indicadores/estado-de-salud/tasa-de-mortalidad-por-cancer-de-seno-georeferenciado/>.
6. Equipo de Vigilancia Salud Pública, Cartagena. Perfil Epidemiológico del Distrito de Cartagena - Año 2014. DADIS 2015.
7. Aguilar MJ, Neri M, Padilla CA, Pimentel ML, García A, Sánchez AM. Factores de riesgo como pronóstico de padecer cáncer de mama en un estado de México. Nutr Hosp 2012 30-VI-2012;27(5):1631-1636.
8. Piñeros M, Pardo C, Gamboa O. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Bogotá, DC: Instituto Nacional de Cancerología ESE/ Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC), 2010.
9. Giraldo, C. Ceballos, G. "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. Rev. Aquichan. 2011, ago. 11(2):140-157.

10. Martínez-Montañez O, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2009 Ene [Consultado el 30 de noviembre de 2016]. 51( Suppl 2 ): s350-s360. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800028&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800028&lng=es)
11. Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Institutional factors contributing to the utilization of breast clinical examination. Salud Pública Mex 2004;46:294-305. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
12. Tamborero G. Equality in primary care clinics: Equality in daily living. Rev. Calid Asist. 2015; 30(3):105-107.
13. Velásquez-DeCharry L, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública Mex 2009 19-XII-2008; 51:246-253.
14. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. (Spanish). Salud Pública de México 2011 nov; 53(6):478-485.
15. Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola-Ornelas H, Langer A, Frenk J. Breast cancer in Mexico: an urgent priority. Salud Publica Mex 2009;51 suppl 2:S335-S344
16. Torres -Arreola L, Vladislavovna S. Cancer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007;45(2):157-166.
17. Medellín Ad. Medellín Cultura una sola ciudad. [Online].; 2014 [Consultado el 22 de junio de 2014]. Disponible en: [http://www.medellincultura.gov.co/ciudadania/Paginas/C\\_cancer\\_de\\_mama.aspx](http://www.medellincultura.gov.co/ciudadania/Paginas/C_cancer_de_mama.aspx)



18. Nigenda G, Caballero M, Gonzalez-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Mex* 2009; 51:254-262.
19. Roquebert M, Palacios G, Ramos Y, Sánchez M, Martín M, Araúz R. Barreras y oportunidades en la atención de salud en mujeres con cáncer de mama de la ciudad de Panamá. Año 2012. Susan G Komen for the Cure 2013.
20. Conceição Gonçalves L, Lima Travassoss G, De Almeida AM, D'Avila A, Lisboa C. Barriers in health care to breast cancer: perception of women. *Rev Esc Enferm USP* 2014;48(3):394-400.
21. Martínez S, Segura A, Arias S, Mateus G. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2012; 30(2): 183-191.
22. Bogotá A. Línea 195 resuelve en cinco días las barreras de acceso a los servicios de salud. 2014; [Consultado el 23 de junio de 2014]. Disponible en: <http://www.bogota.gov.co/article/!%C3%ADnea-195-resuelve-en-cinco-d%C3%ADas-las-barreras-de-acceso-los-servicios-de-salud>.
23. Organización Mundial de la Salud. Planificación: Planificación de programas integrales contra el cáncer de mama: un llamado a la acción. Resumen de Conocimientos. [Consultado el 18 de agosto de 2016]. Disponible en: [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc.Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc.Itemid).
24. Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. [Consultado el 18 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51144#0>.
25. Ministerio de Salud y de la Protección Social/ Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá. 2012.
26. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. [Consultado el 18 de agosto de 2016]. Disponible en:

<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>

27. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2012.
28. Instituto Nacional de Cancerología. Conozca sobre el cáncer. [Consultado el 18 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/conozca\\_sobre\\_el\\_cancer?letrad=85](http://www.cancer.gov.co/conozca_sobre_el_cancer?letrad=85)
29. Piñeros, M. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Bogotá DC. Colombia; 2012.
30. Martínez, J. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Cáncer de Mama y Cuello Uterino. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. MinSalud. Bogotá DC. Colombia; 2016.
31. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Protocolo de manejo del paciente con cáncer. Bogotá. 2011.
32. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Prevención: Factores de riesgo y prevención el cáncer de mama. Resumen de Conocimientos. [Consultado el 18 de agosto de 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&Itemid=270&gid=3443&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=270&gid=3443&lang=es).
33. Breastcancer.org. Síntomas y Diagnósticos del Cáncer de mama. [Consultado el 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios#>
34. Organización Mundial de la Salud. Breast cancer: prevention and control. [Consultado el 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (COLCIENCIAS). Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral,

seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema de Seguridad Social, Colombia. 2013. Guía N° 19. Bogotá.

36. Boletín Oncológico. Clasificación BI-RADS [Consultado el 3 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-26/clasificacion-bi-rads-2.html>
37. Instituto Nacional de Cancerología. Conozca sobre el cáncer. [Consultado el 18 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/content/cl%C3%ADnica-de-seno-y-tejidos-blandos-servicios>
38. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo. [Consultado el 18 de agosto de 2016] Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
39. Ministerio de Salud. Decreto 0280 de 2015. [Consultado el 18 de agosto de 2016] Disponible en: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO%20280%20DEL%2018%20DE%20FEBRERO%20DE%202015.pdf>
40. Ministerio de Salud. Resolución 1442 de 2013 [Consultado el 18 de agosto de 2016] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201442%20de%202013.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201442%20de%202013.pdf)
41. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Octubre: mes de la sensibilización sobre el cáncer de mama. [Consultado el 13 de enero de 2016] Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11266&Itemid=41587&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11266&Itemid=41587&lang=es) .
42. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Nota Informativa Cáncer de mama. 2014. [Consultado el 10 de

enero de 2016] Disponible en: <http://ops-nota-informativa-cancer-mama-2014.pdf/>

43. Hewitt M, Herdman R, Holland J. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. primera ed. Washington D.C: Nationals Research Council; 2004.
44. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Planificación: Cómo mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama. . [Consultado el 10 de enero de 2016] Disponible en: <http://planificacion-mejorar-acceso.pdf/>
45. Moro L, De Castro E. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cancer de mama. *Revi Psicooncologia*. 2012; 9(2-3): 453-465.
46. García-Viniegras C, Gonzalez M. Bienestar psicológico y cancer de mama. *Rev Avances en Psicología Latinoamericana*. 2007; (25):72-80.
47. Rodríguez -Acosta, S. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. 2010. Trabajo de Investigación. Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada.
48. Cabrera G. Tascón J. Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101.
49. Moreno E, Gil Roales J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2003; 3(1): 91-109.
50. Galdon M, Durá E, Andreu Y. Creencias de salud relacionadas con la participación en un programa de cribado mamográfico. *Rev Psicología Conductual*. 2000; 8(2): 357-373
51. Giraldo C, Ceballos G. 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*

Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. 2011 may; 12(2). Art. 5. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110252>

52. Castillo I, Bohórquez C, Palomino J, Elles L, Montero L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el autoexamen de mama en mujeres del área rural de Cartagena. Rev. U.D.C.A Act. & Div. Cient. 2016. 19(1):5-14.
53. Ospina J, Manrique F, Veja N, Morales A, Ariza N. La no realización del autoexamen de mama en Tunja, Colombia. Rev. Enf Global. 2011 jul; 23:30-40.
54. Vargas I, Vasquez M, Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2010;12 (5): 701-712.
55. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 305-313.
56. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín electrónico para los actores del sistema de salud en Colombia N°. 31. Bogotá. 2013.
57. Agudelo, M. Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales. Rev. Salud Colectiva 2013; 9(1):79-90.
58. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
59. Mejía A, Sánchez Af, Tamayo Jc. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública 2007; 9(1):26-38.

# ANEXOS

## ANEXO A OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

MACRO VARIABLE	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURA-LEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
<b>Individual</b>	EDAD	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa	Razón	25, 26, 27...35...65  Agrupados: Mayores de 50 años Menores de 50 años
	ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Cualitativa	Nominal	Soltero. Casado. Viudo. Separado/Divorciado. Unión libre.  Agrupados: Vive con pareja. No tiene pareja.
<b>Socioeconómico</b>	ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos. Y cobrar contribuciones.	Cuantitativa	Discreta	1, 2, 3, 4, 5, 6  Agrupado: Bajo Medio/Alto
	PROCEDENCIA	Origen de algo o el principio de donde nace o deriva. El concepto puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona.	Cualitativa	Nominal	Rural Urbana
	NIVEL EDUCATIVO	Se trata de un término asociado al verbo formar (otorgar forma a alguna cosa, concertar un todo a partir de la integración de sus partes).	Cualitativa	Ordinal	Ninguno. Preescolar. Básica primaria. Básica secundaria y media. Técnico o tecnólogo. Universitaria sin título. Universitaria con título. Postgrado con título. Postgrado sin título.  Agrupados: Educación Superior

					Colegio
	OCUPACIÓN LABORAL	Empleo o al oficio que una persona desempeña en una empresa privada o a instancias de la administración pública se lo llama popularmente cargo.	Cualitativa	Nominal	Respuesta abierta. Agrupado en : Fuera del hogar. En el hogar.
	TIPO DE AFILIACIÓN AL SGSSS	Tipo de vinculación que el paciente posee para acceder a los servicios de salud.	Cualitativa	Nominal	Contributivo. Subsidiado. Régimen especial. Prepagada. Particular.  Agrupada en: Contributivo Subsidiado.
	<b>Conducta personal</b>	PRACTICA HABITUAL AL AUTOEXAMEN DE MAMA	Conducta o hábito adquirido durante la etapa juvenil y adulta para la autoexploración manual de las mama de acuerdo a las pautas establecidas para ello	Cualitativa	Nominal
	ASISTENCIA A CONSULTAS MEDICAS PARA VALORACION DE LAS MAMAS	Atención medica inducida por la paciente para la valoración de las mama por un profesional de la salud, de manera voluntaria y periódica.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Acceso a los servicios de salud</b>	RECURSOS ECONOMICOS PARA LA ASISTENCIA MEDICA	Disponibilidad de recursos financieros para acceder a los servicios de salud	Cualitativa	Nominal	Sí. No Nunca Algunas veces No paga  Menos de un salario mínimo. Un salario mínimo. Más de uno y menor de dos salarios mínimos. Dos salarios mínimos. Más de dos salarios mínimos
	DISTANCIA				



	RECORRIDA PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD	Espacio de tiempo transcurrido entre el lugar de vivienda y la ubicación del centro de salud donde es atendida.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Percepción del Sistema de salud por parte de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama</b>	CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	Percepción de la enfermedad (Conocimiento de su cuerpo y de la patología)	Cualitativa	Nominal	Desarrollo de lo que opina la mujer referente su patología. (Conocimiento del estadio en el que se encuentra la patología al momento del diagnóstico y etapa actual).
	CALIDAD EN LA ATENCIÓN RECIBIDA	Percepción de sentimientos ante el trato del personal de salud durante el proceso de atención al diagnóstico y tratamiento.	Cualitativa	Nominal	Desarrollo de la opinión de la mujeres con cáncer de mama con respecto a su proceso de atención en salud recibido por parte del personal de salud (médicos generales, especialistas y subespecialistas)
	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN	Percepción del lapso de tiempo de atención en salud para recibir el servicio solicitado.	Cualitativa	Nominal	Desarrollo de su proceso de atención con o sin necesidad de imponer tutela y explicación de los motivos de la demora en la atención.
<b>Percepción del Sistema de salud por parte del personal médico y administrativo</b>	COBERTURA	Actividades de Demanda inducida para incentivar la realización del autoexamen de mama, examen clínico de las mamas y mamografía.	Cualitativa	Nominal	Programa de prevención de ca de mama (estrategias de promoción y prevención) Oportunidad en las citas médicas.
	TRATAMIENTO	Conjunto de medios de tipo farmacológico y quirúrgico que tiene como objetivo la curación total o paliativa de una enfermedad.	Cualitativa	Nominal	Barreras percibidas para la no adherencia al tto por parte de las pacientes. Disponibilidad de medicamentos y exámenes diagnósticos.
	EDUCACIÓN	Manejo de	Cualitativa	Nominal	Manejo del léxico

		términos adecuados dependiendo del nivel educativo de la paciente, para la completa comprensión de su patología y respectivo tratamiento			empleado en las consultas médicas.
	DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	Disposición de recursos físicos y económicos para el diagnóstico y tratamiento del Ca de mama	Cualitativa	Nominal	Infraestructura. Insumos médicos.

**Fuente:** Elaboración propia de la autora.

**ANEXO B ENCUESTA A MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA**



**Encuesta: BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. CONSULTANTES Y PRESTADORES, CARTAGENA 2016**

**Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte**

**Versión 01, Febrero 2016.**

La presente encuesta posee preguntas relacionadas con el proceso de atención que usted ha recibido desde el momento del diagnóstico de su enfermedad hasta la actualidad, por parte de la Institución prestadora de servicios de salud y personal que la ha tratado. De antemano agradecemos su colaboración y sinceridad al responder.

<b>A. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA</b>				<b>Nº</b>
<b>A1. Nombre</b>	<b>A2. Edad</b>	<b>A3. Estado civil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Casado(a)___</li> <li>• Soltero(a)___</li> <li>• Unión Libre___</li> <li>• Separado(a)___</li> <li>• Viudo (a)___</li> </ul>	<b>A4. Estrato Socioeconómico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ___</li> <li>• 2 ___</li> <li>• 3 ___</li> <li>• 4 ___</li> <li>• 5 ___</li> <li>• 6 ___</li> </ul>	<b>A5. Procedencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbana___</li> <li>• Rural___</li> </ul>
<b>A6. Nivel Educativo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguno ___</li> <li>• Preescolar___</li> <li>• Básica primaria___</li> <li>• Básica secundaria y media___</li> <li>• Técnico o tecnólogo___</li> <li>• Universitaria sin título___</li> <li>• Universitaria con título___</li> <li>• Postgrado con título___</li> <li>• Postgrado sin título___</li> </ul>		<b>A7. Ocupacion Laboral</b>	<b>A8. Tipo de afiliación al Sistema de Salud</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contributivo___</li> <li>• Subsidiado___</li> <li>• Régimen especial___</li> <li>• Prepagada___</li> <li>• Particular___</li> </ul>	
<b>B. INFORMACION COMUNICATIVA</b>				
<b>B1. Conoce usted la etapa de la enfermedad en la cual se encontraba al momento del</b>			<b>B5. ¿Cree usted que la atención recibida en el proceso de su enfermedad ha sido buena?</b>	
			Si	No

diagnostico de cancer de mama?

Si  No

(Si la respuesta es negativa salte a la pregunta B2)

**B1.1** Por favor indique la etapa de la enfermedad en la cual se encontraba en el momento del diagnóstico.

In Situ		Temprano	
Localmente avanzado		Metastásico	

**B2.** Conoce usted la etapa de la enfermedad en la cual se encuentra actualmente?

Si  No

(Si la respuesta es negativa salte a la pregunta B3)

**B2.1.** Por favor indique la etapa de la enfermedad en la cual se encuentra actualmente

In Situ		Temprano	
Localmente avanzado		Metastásico	

**B3.** Antes del diagnóstico de cáncer de mama, ¿Usted se practicaba el autoexamen de mama regularmente?

Si  No

**B4.** Antes del diagnóstico de cáncer de mama ¿Usted se realizaba valoración de los senos por un Médico?

Si  No

Por qué? \_\_\_\_\_

---



---



---

**B11.** El centro de salud al cual usted asiste, Dispone de Programas de promoción y prevención del cáncer de mama?

Si  No

**B6.** ¿Ha tenido usted que recurrir a medios judiciales como la tutela para su atención médica?

Si  No

(Si la respuesta es negativa salte a la pregunta B7)

**B6.1** Indique en que momento tuvo que imponer una tutela para su atención

---



---

**B7.** Cuenta usted con los recursos necesarios para la cancelación de copagos para asistir a las citas médicas?

Si		No	
Nunca		Algunas veces	

**B8.** Su lugar de residencia queda cerca al centro de atención en salud donde usted se atiende regularmente?

Si  No

**B9.** Requiere de medio de transporte para dirigirse de su lugar de residencia al centro de atención en salud?

Si  No

Cuál? \_\_\_\_\_

**B10.** Los ingresos mensuales de su grupo familiar son:

Menos a un salario mínimo		Un salario mínimo	
Más de uno y menos de dos salarios mínimos		Dos salarios Mínimos	

**B17.** Pensó usted que en algún momento de la vida podría tener Cáncer de mama?

**B12.** El centro de salud se comunicó con usted posterior al resultado de diagnóstico de cáncer de mama?

Si		No	
----	--	----	--

**B13.** Después del diagnóstico, cuando incumplió alguna cita médica, el centro de salud se comunicó con usted?

Si		No	
----	--	----	--

**B14.** Usted se realizó todos los exámenes diagnósticos y de laboratorio que el médico le formuló?

Si		No	
----	--	----	--

Si es negativa, Por qué? \_\_\_\_\_

---

**B15.** Tiene usted antecedente familiares directos (abuela, madre, hermana) con cáncer de mama?

Si, un Caso		Si, dos o más casos	
No			

Quién? \_\_\_\_\_

**B16.** Generó este acontecimiento algún impacto psicológico en usted?

Si		No	
----	--	----	--

Por qué? \_\_\_\_\_

Si		No	
----	--	----	--

Por qué? \_\_\_\_\_

---

**GRACIAS POR LA ATENCIÓN Y POR SU VALIOSA COLABORACION.**

**Fuente:** Elaboración propia de la autora.

**ANEXO C PREGUNTAS DIRIGIDAS A GRUPO FOCAL CONFORMADO POR MUJERES CON CA DE MAMA**



**FORMULARIO PARA GRUPO FOCAL CONFORMADO POR MUJERES CON DIÁGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA**

**Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016.**

**Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte**

**Versión 01, Febrero 2016.**

**Horario Focal:** \_\_\_\_\_

**Lugar de Reunión:** \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Los objetivos del grupo focal conformado por mujeres con cáncer de mama, es explorar las barreras que han percibido para acceder a los servicios de salud en las etapas de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Conociendo además, sus experiencias y opiniones referente al trato y obstáculos que han tenido que enfrentar como pacientes desde la autorización de servicios, atención de servicios por parte de personal de la salud.

**Conocimiento de la enfermedad** (*El objetivo de esta sesión es indagar si las mujeres conocen sobre su enfermedad, forma en que se pudo prevenir, diagnosticar oportunamente y su tratamiento*)

- Saben ustedes como se origina el cáncer de mama?
- Porque es necesario realizarse el autoexamen de mama?

**Cobertura y calidad en la atención** (*El objetivo de esta sesión es conocer la percepción de las mujeres referente a la cobertura y calidad en la atención en salud, barreras para acceder a ella y recomendaciones para que otras mujeres reciban oportunamente la atención*)

- Algunas mujeres no asisten a las citas médicas para realizarse el examen de mama por un personal médico. Por qué creen ustedes que eso sucede? (Explorar los factores o barreras que las mujeres identifican para no acceder a los servicios de salud para la prevención del cáncer)

- Consideran ustedes que son eficientes los programas de promoción y prevención que brindan los centros de salud para diagnosticar oportunamente el Cáncer de mama?
- Por qué cree usted que se demoran las autorizaciones por parte de las EPS para la atención de las mujeres con cáncer?
- Cree usted que es necesario acudir a una tutela para que le brinden una atención en salud a las mujeres con cáncer de mama?
- Que le puede usted recomendar a las mujeres para que reciban atención oportuna al cáncer de mama?
- Cuál es el papel que cumplen los médicos y especialistas en el diagnóstico del cáncer de mama?
- Como es el trato de los médicos y especialistas a las mujeres con cáncer de mama?
- Como se puede mejorar los servicios de promoción y prevención del cáncer de mama en los centros de salud?

***Le agradecemos su atención y colaboración. Les gustaría compartir alguna otra experiencia o realizar alguna pregunta?***

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A GRUPO FOCAL CONFORMADO POR MUJERES  
CON CANCER DE MAMA



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública - Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Horario Focal: 3:00 pm. Lugar de Reunión: Salón de Eventos IDJCI

No	Nombre	Edad	Teléfono	EPS	Ocupación	Nivel educativo
1	Daniela Buitrago	56	3014483897	Usaf	señora de casa	Bachiller
2	Jessith Acosta C.	42	800 833 1699	Salud Total	Ama de Casa	Bachillerato.
3	Berono-Almeida	45	315 7033609	caomeva	Ama de Casa	Técnicos
4	Mareida Ayala	68	3782713944	Mutual Ser	Ama de Casa	B. Comercial
5	Jenny Jarama C.	30	3177348165	Salud total	Ama de casa	Técnico
6	Laura Rodríguez	40	315206697	Salud total	Empleada	Profesional
7	Candelaria del Pozo	66	310 7 028 908	Salud total	Recursos	los técnicos
8	Yonia Refajia	62	3188946193	Uvera e.p.s	Hogar	Bachiller.
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						



**ANEXO D ENTREVISTA PERSONALIZADA DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO**



**FORMULARIO PARA ENTREVISTA PERSONALIZADA DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO QUE ATIENDE A PACIENTES CON CANCER DE MAMA**

**Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016.**

**Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte**

**Versión 01, Febrero 2016.**

**Objetivo:** Los objetivos de la entrevista es explorar la percepción que tiene el personal administrativo referente a las barreras que enfrentan las pacientes con cáncer de mama en las etapas de diagnóstico y tratamiento, y que puede limitar la atención integral de las mismas. Conociendo, además, sus experiencias y opiniones referentes al Sistema de salud y la manera como en la cotidianidad se afrontan los obstáculos que limitan la atención.

**Cobertura y calidad en la atención** (*El objetivo de esta sesión es conocer la percepción del personal administrativo referente a la cobertura y calidad en la atención en salud*)

- Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?
- Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las Eps para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?
- Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?
- Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama?

***Le agradecemos su atención y colaboración. Les gustaría compartir alguna otra experiencia o realizar alguna pregunta?***

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A ENTREVISTA PERSONALIZADA  
DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.  
Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Nº	CARGO	DEPENDENCIA	EMAIL	FIRMA
1	Enfermera Jefe	NHBB	Jcorrea@NHBB/CIU	[Firma]
2	Coord. CESC Bkto.	ESE HLCI	randybolduy3@gmail.com	[Firma]
3	Coordinadora Estom	ESE HLCI	Salvador50302@gmail.com	[Firma]
4	Coordinadora Toco Pop	ESE HLCI	Emmargentina1200@hotmail.es	Emmargentina
5	Enfermera Daniel Lemaitre	ESE HLCI	daniellemaitre@centros.esecartagena.de.indias.gov.co	[Firma]
6	Enfermera/San Francisco	ESE HLCI	rubymiranda@gmail.com	[Firma]
7	Coord. Hospital Cauca	ESE HLCI	javolioson@hotmail.com	[Firma]
8	Benjamin Lora Gomez	E.S.F HLCI	benjaminloragomez@gmail.com	[Firma]
9	Enfermera jefe No personal	E.S.E HLCI	Nadir2210@hotmail.com	[Firma]
10	Enfermera jefe	ESE HLCI - GAVIotas	god1984@hotmail.com	[Firma]

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A ENTREVISTA PERSONALIZADA  
DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.  
Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública - Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Nº	CARGO	DEPENDENCIA	EMAIL	FIRMA
1	Enfermera	UPA Fedonia	kmrnh17@yahoo.es	[Firma]
2	Coordinador	CSEE Condobasi	mrllepman@hotmail.com	[Firma]
3	Coordinador	CSEE Muisca	Jader.Jacome.2008@unna.edu.co	[Firma]
4	Enfermera coordinadora	CS Temame	crina.duana@hotmail.com	[Firma]
5	Uli Hernández - Enfermera	@S. Soconó	yhernandez@hotmail.com	[Firma]
6	Heidis (Enfermera)	- UPA La Roma	hcispeca@hotmail.com	[Firma]
7	Supermera jefe - Oficina de salud	CSSC Sinuente de paz	mps40311@hotmail.com	[Firma]
8	Alonso Rangel C.	C.S.C. Uruabare	rangel2574@hotmail.com	[Firma]
9	Enfermera jefe	CS.S.C Bosque	manajosecastillo27@hotmail.com	[Firma]
10	Opto riesgo Epidemiología	CEOSALUD	emazenetta@casalud.com	[Firma]

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A ENTREVISTA PERSONALIZADA  
DIRIGIDAS A PERSONAL ADMINISTRATIVO



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.  
Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública - Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Nº	CARGO	DEPENDENCIA	EMAIL	FIRMA
1	Julietta Montoya J	Cap. Salud Bucal	Julma6@hotmail.com	
2	Enf jefe	Oncología	miteluz89@hotmail.com	
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



**ANEXO E ENTREVISTA PERSONALIZADA DIRIGIDAS A PERSONAL MEDICO (MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS)**



**FORMULARIO PARA GRUPO FOCAL CONFORMADO POR PERSONAL MEDICO (MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y SUBESPECIALISTAS) QUE ATIENDE A PACIENTES CON CANCER DE MAMA**

**Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016.**

**Departamento de Salud Pública – Universidad del Norte**

**Versión 01, Febrero 2016.**

**Objetivo:** Los objetivos de la entrevista es explorar la percepción que tiene el personal médico referente a las barreras que enfrentan las pacientes con cáncer de mama en las etapas de diagnóstico y tratamiento, y que puede limitar la atención integral de las mismas. Conociendo, además, sus experiencias y opiniones referentes al Sistema de salud y la manera como en la cotidianidad se afrontan los obstáculos que limitan la atención.

**Cobertura y calidad en la atención** *(El objetivo de esta sesión es conocer la percepción del personal administrativo referente a la cobertura y calidad en la atención en salud)*

- Cuáles son las estrategias que como prestador usted aplica para brindar una atención oportuna a pacientes con Cáncer de mama?
- Cree usted que son eficientes los programas de promoción y prevención que se aplican en las Eps para el diagnóstico oportuno del Ca de mama?
- Cuál cree usted es el mayor obstáculo que enfrentan las usuarias del sistema e influye en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama? Como se puede eliminar este obstáculo?

**Tratamiento** *(El objetivo de esta sesión es conocer la percepción y aptitudes del profesional médico ante la atención de pacientes con cáncer de mama)*

- Según su experiencia, cuáles son las barreras percibidas para la adherencia al tratamiento por parte de las pacientes con cáncer de mama?

- Existe un protocolo de seguimiento a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer de mama?
- Cuáles son las razones por las cuales algunas mujeres no se tratan oportunamente la enfermedad?
- Que puede hacerse para asegurar que las mujeres con cáncer de mama reciban su tratamiento médico y quirúrgico oportunamente?

**Educación:** *(El objetivo de esta sesión es indagar sobre el trato que brindan los profesionales de la salud a las pacientes con cáncer de mama)*

- Considera que identifica la cultura de las pacientes al momento de explicarle su condición patológica?
- Utilizan un léxico adecuado y entendible para la paciente? Se asegura que esta haya comprendido completamente lo explicado por usted?
- Centros de salud: (El fin de esta sesión es conocer la opinión de los profesionales médicos frente los servicios de promoción y prevención, infraestructuras y demás recursos necesarios para la atención integral de paciente con cáncer de mama)
- Cómo describe la infraestructura de los centros de salud para la atención de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama?
- Es necesario que se hagan visitas domiciliarias a las mujeres con cáncer de mama?
- Que recomienda usted para mejorar la atención de las mujeres con cáncer de mama en la ciudad de Cartagena?

***Le agradecemos su atención y colaboración. Les gustaría compartir alguna otra experiencia o realizar alguna pregunta?***

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A GRUPO FOCAL CONFORMADO POR  
PERSONAL MEDICO (MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y  
SUBESPECIALISTAS)



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.  
Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública - Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Horario Focal: 9:30 am. Lugar de Reunión: Consultorio Médico

Nº	CARGO	DEPENDENCIA	EMAIL	FIRMA
1	Ginecologo	Ginecologos	af250471@hotmail.com	Aldo Fernando
2	Ginecologa	Cervicis	cecilia90@hotcael.com	Cecilia
3	C. mama y T. Blca	Clinica del Cancer	Clínica no del vivianna@coribco	Vivianna
4	Residente Onciátr	Clinica del e.	Katherinelopez30@gmail.com	Katherine
5	Fisioterapeuta	Clinica del e.	Viveba28@hotmail.com	Vilma
6	enf. Plastico	clinica del seno	erherren16@gmail.com	Erherren
7	Medico de Calidad	JPS Sinergia salud.	jorgehoyospartiche@yahoo.es	Jorge Hoyos
8	Cirujano	Cirurgia	oswaldo@arcant.com	Oswaldo
9	Edgar Rivas - Ginecol. sp. -		erivasperdomo@gmail.com	Edgar Rivas
10	Jorge Acosta (l)	diagnostico	Jorgeacostilla@hotmail.com	Jorge Acosta

FORMULARIO PARA ASISTENCIA A GRUPO FOCAL CONFORMADO POR  
PERSONAL MEDICO (MEDICOS GENERALES, ESPECIALISTAS Y  
SUBESPECIALISTAS)



Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.  
Consultantes y prestadores, Cartagena 2016. - Departamento de Salud Pública - Universidad del Norte

Versión 01, Febrero 2016.

Horario Focal: 10:30 am. Lugar de Reunión: Consultorio Médico.

Nº	CARGO	DEPENDENCIA	EMAIL	FIRMA
1	Medico Psiquiatra		h.munoz@uninorte.edu.co	[Firma]
2	Cirurgia General	Cirurgia	d.salazar5@yahoo.com	[Firma]
3	Medico Psiquiatra - Albergado	C. Cit.	fonso.martinez@uninorte.edu.co	[Firma]
4	Medico General	Quimioterapia	K.HernandezP@uninorte.edu.co	[Firma]
5	Cirurgia Cuello y Tiroidea	Cirurgia	Phernandez15@gmail.com	[Firma]
6	Quimioterapia	Medico Oncol	Los672@gmail.com	[Firma]
7	Medico P.P.	Consulta Externa	moris.morante@uninorte.edu.co	[Firma]
8	Medico P.P.	Medico Primer Nivel de Atención	Kalmitb@hotmail.com	[Firma]
9	Quimioterapia	C. Cit.	Carillo D. 2016@gmail.com	[Firma]
10				



## ANEXO F CARTA DE PRESENTACIÓN Y ACEPTACIÓN ESE HOSPITAL LOCAL CARTAGENA DE INDIAS

Cartagena de Indias D T y C, 15 de Abril de 2016



Sr (a)  
**COORDINADOR (a)**  
Centro De Salud sin Cama ó con Cama  
ESE Hospital Local Cartagena de Indias

Referencia: Proyecto de Investigación Universidad Rafael Nuñez– ESE HLCl.

Cordial saludo,

Por medio de la presente le informamos que la ESE Hospital Local Cartagena De Indias en el marco de la relación Docencia Servicio que tiene con la Universidad Rafael Nuñez, servirá como escenario investigativo para el proyecto de investigación **"BARRERAS Y PERCEPCIONES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. CONSULTANTES Y PRESTADORES, CARTAGENA 2016"**. Agradecemos suministrar el apoyo correspondiente a la toma de muestras necesarias y a lo que requiera el grupo investigativo.

Programación de visitas: 18 de Abril de 2016.

Investigador autorizado está conformado por las siguientes personas:

VERONICA DEL CARMEN CASTRO BOCANEGRA  
YURANI MARCELA GODIN PUELLO

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración.

Atentamente,

**SHIRLEY SÁENZ DURÁN**  
Profesional Universitario



## CARTA DE PRESENTACIÓN EN EL CENTRO RADIO ONCOLÓGICO DEL CARIBE



Barranquilla, Mayo 10 de 2016

**Dra. Luz Eliana Mendoza.**  
Gerente.

**Dr. Lacides Barrera.**  
Líder Gestión de calidad.

Centro Radio Oncológico del Caribe.

En calidad de Coordinador de la Maestría en Salud Pública modalidad investigativa de la Universidad del Norte, presento a la estudiante de maestría Verónica Castro B, quien adelanta bajo mi asesoría y dirección su trabajo de grado titulado: *"Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016"*.

El objeto de este trabajo permitirá disponer de una línea base relacionada con barreras que aporte evidencia y líneas de trabajo para avanzar en la investigación de servicios y proponer soluciones a corto y mediano plazo.

Verónica Castro, es funcionaria – docente de la Corporación Universitaria Rafael Núñez. Finalmente, consideramos que este insumo será de utilidad para su institución y agradezco la atención y disponibilidad que le permitan a Verónica culminar con su trabajo de grado.

Cordialmente

Rafael Tuesca M.  
Docente-Coordinador Maestría en Salud Pública  
Universidad del Norte

## ANEXO G CONSENTIMIENTO INFORMADO MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

132

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Versión 1. Fecha: Febrero de 2016

**Título del estudio:** Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016.

**Investigador Principal:** Verónica Castro Bocanegra.

**Entidad donde se desarrolla la investigación:** Clínica CliniSeno del Caribe.  
Centro Radio oncológico.

**Naturaleza y Objetivo del estudio:**

Con la presente investigación se busca presentar una propuesta para el fortalecimiento de la prestación de servicio y atención en salud de las pacientes con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena, direccionando las mejoras a las necesidades prioritarias encontradas en la misma.

**Propósito:**

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en el estudio. Que pretende conocer su percepción como usuaria frente a la atención en salud y las barreras u obstáculos que posiblemente ha presentado desde su diagnóstico hasta la etapa actual de su enfermedad.

**Procedimiento:**

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitará responder una encuesta y participar activamente en un grupo de conversación donde se grabaran sus respuestas. Se le solicitará acudir nuevamente al lugar de investigación o ser contactado por el investigador una o dos veces.

**Riesgos asociados a su participación en el estudio:**

Este estudio se apegará a lo reglamentado en el Art. 17 de la Ley General de Salud, en su primer apartado; una investigación con riesgo mínimo, puesto que es posible que algunas preguntas, en especial las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, generen sensación de angustia.

**Beneficios de su participación en el estudio:**

En esta investigación los beneficios serán mayores que los riesgos, de igual forma prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar. Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos podrán generar beneficio futuro para muchas mujeres con la condición de Cáncer de Mama.

**Voluntariedad:**

Su participación es voluntaria. Si decide no participar o retirarse del estudio, aun cuando su participación haya iniciado, podrá hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

**Confidencialidad:**

Si usted decide participar, se garantiza que la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad. El investigador se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

**Compartir los resultados:**

La información obtenida se divulgará estrictamente dentro del ámbito científico y solo para propósitos investigativos, manteniendo la confidencialidad.

**Conflicto de interés del investigador:**

No existe conflicto de intereses por parte del investigador.

**Contacto:**

Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador Verónica Castro Bocanegra al número de teléfono 320-5737437 y/o email: [vecabo817@yahoo.com.ar](mailto:vecabo817@yahoo.com.ar). El Comité de ética en investigación que avala el proyecto: Gloria C Visbal Illera Presidente, Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F Primer piso. Tel 3509509 ext. 3493. Email: [comité\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comité_eticauninorte@uninorte.edu.co).

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes sugeridas.

**Autorización:**

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.

Para constancia, firmo a los 17 días del mes de Julio del año 2016.

Diana Adolfo Cifuentes  
Firma y Cédula del participante  
424800930

**Declaración del investigador**

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en que consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha realizado le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador Verónica Castro B

Firma [Firma]

Fecha (dd/mm/aaa) Julio 17/2016

3006105874

3006107854



## ANEXO H CONSENTIMIENTO INFORMADO MEDICOS, ESPECIALISTAS Y COORDINADORES

### INFORMACIÓN PARA PERSONAL MÉDICO Y ADMINISTRATIVO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. Versión 1. Fecha: Febrero de 2016

**Título del estudio:** Barreras de acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Consultantes y prestadores, Cartagena 2016.

**Investigador Principal:** Verónica Castro Bocanegra.

**Entidad donde se desarrolla la investigación:** Clínica CliniSeno del Caribe.  
Centro Radio oncológico.

#### **Naturaleza y Objetivo del estudio:**

Con la presente investigación se busca presentar una propuesta para el fortalecimiento de la prestación de servicio y atención en salud de las pacientes con cáncer de mama de la ciudad de Cartagena, direccionando las mejoras a las necesidades prioritarias encontradas en la misma.

#### **Propósito:**

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para participar en el estudio que pretende conocer su percepción como prestador frente a la atención en salud y las barreras u obstáculos que posiblemente ha percibido en la atención al paciente desde el diagnóstico hasta la etapa actual de la enfermedad.

#### **Procedimiento:**

Si usted acepta participar en este estudio, se le solicitara responder una entrevista y participar activamente en un grupo de conversación donde se grabaran sus respuestas. Se le solicitará acudir nuevamente al lugar de investigación o ser contactado por el investigador una o dos veces.

#### **Riesgos asociados a su participación en el estudio:**

Este estudio se apeg a lo reglamentado en el Art.17 de la Ley General de Salud, en su primer apartado; una investigación con riesgo mínimo, puesto que es posible que algunas preguntas, en especial las relacionadas con el acceso a los servicios de salud, generen sensación de angustia.

#### **Beneficios de su participación en el estudio:**

En esta investigación los beneficios serán mayores que los riesgos, de igual forma prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de derechos y bienestar. Participar en el estudio no genera un beneficio directo para usted, pero los resultados obtenidos podrán generar beneficio futuro para la atención de mujeres con la condición de Ca de Mama.

#### **Voluntariedad:**

Su participación es voluntaria. Si decide no participar o retirarse del estudio, aun cuando su participación haya iniciado, podrá hacerlo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted.

#### **Confidencialidad:**

Si usted decide participar, se garantiza que la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad. El investigador se hace responsable de la custodia y privacidad de los mismos.

**Compartir los resultados:**

La información obtenida se divulgará estrictamente dentro del ámbito científico y solo para propósitos investigativos, manteniendo la confidencialidad.

**Conflicto de interés del investigador:**

No existe conflicto de intereses por parte del investigador.

**Contacto:**

Si tiene dudas puede comunicarse con el investigador Verónica Castro Bocanegra al número de teléfono 320-5737437 y/o email: [vecabo817@yahoo.com.ar](mailto:vecabo817@yahoo.com.ar). El Comité de ética en investigación que avala el proyecto: Gloria C Visbal Illera Presidente. Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F Primer piso. Tel 3509509 ext. 3493. Email: [comité\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comité_eticauninorte@uninorte.edu.co).

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes sugeridas.

**Autorización:**

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio.  
Para constancia, firmo a los 20 días del mes de Junio del año 2016.

Lueth K. Ospino B.  
Firma y Cédula del participante  
cc. 45.522.807 de Cartagena  
Declaración del investigador

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en que consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que esta persona ha realizado le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

Nombre del investigador Verónica Castro B  
Firma [Firma]  
Fecha (dd/mm/aaa) 20/06/2016

## ANEXO I CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ETICA UNINORTE



Comité de Ética en investigación de la División  
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte.

**ACTA DE EVALUACION:** N° 138

**Fecha:** 25 de Febrero del 2016

**Nombre Completo del Proyecto:** "BARRERAS Y PERCEPCIONES EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA. CONSULTANTES Y PRESTADORES, CARTAGENA 2016".

**Sometido por:** Verónica Del Carmen Castro Bocanegra.

**Sustentado por:** Verónica Del Carmen Castro Bocanegra.

**Director de tesis:** Dr. Rafael Tuesca.

**Sitio en que se conduce o desarrolla la investigación:** En la ciudad de Barranquilla.

**Fecha en que fue sometido a consideración del comité:** 25 de Febrero del 2016

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de Febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo a la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

**1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:**

- Carta de presentación del proyecto generada por el Investigador
- Copia del proyecto completo de investigación
- Resumen ejecutivo
- Consentimiento Informado para médicos generales, especialistas, subespecialistas y personal administrativo de EPS y/o IPS
- Consentimiento informado para mujeres usuarias del sistema
- Formatos de recolección de datos
- Hoja de vida del Investigador principal y director de tesis

**2. El presente proyecto fue evaluado por los siguientes miembros:**

- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE  
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO  
Profesión: MD, Especialista en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico, Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS  
Profesión: PhD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores

**3. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte establece que el número de miembros para que haya *quórum* es cinco (5), y se encuentra constituido por los siguientes miembros:**

- Dr. HERNANDO BAQUERO LATORRE  
Profesión: MD. Pediatra y Neonatólogo  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dra. OLGA HOYOS DE LOS RIOS  
Profesión: PhD en Psicología  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores
- Dra. SILVIA GLORIA DE VIVO  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica
- Dr. RAFAEL TUESCA MOLINA  
Profesión: MD. Phd. en Salud Pública  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico
- Dr. DIMAS BADEL MERLANO  
Profesión: MD. Especialista en Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Especialista en Bioética

● Km. 5 vía a Puerto Colombia • Apartados Aéreos 1569 • 51820 • Conmutador PBX: 3509509 • Fax: (95) 3598852 • Barranquilla, Colombia • [www.uninorte.edu.co](http://www.uninorte.edu.co)



- Enf. GLORIA VISBAL ILLERA  
Profesión: Enfermera, Mg. Bioética  
Cargo en el Comité de Ética: Presidenta y Representante de Profesores
- Dra. LOURDES MARTÍNEZ  
Profesión: Administradora de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad
- Q.F. RICARDO AVILA  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química
- Dra. NELLY LECOMTE BELTRAN  
Profesión: MD, Pediatra  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)
- Ing. JAIME GARCIA OROZCO  
Profesión: Ingeniero Mecánico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. ROBERTO SOJO GONZÁLEZ  
Profesión: Administrador de empresas  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de la Comunidad (Suplente)
- Dr. JORGE LUIS ACOSTA REYES  
Profesión: MD, Mg. Ciencias Clínicas  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante Científico (Suplente)
- Dr. JEAN DAVID POLO VARGAS  
Profesión: Psicólogo, Phd en comportamiento social y organizacional.  
Cargo en el Comité de Ética: Miembro - Representante de Profesores (Suplente)
- Enf. DIANA DÍAZ MASS  
Profesión: Enfermera  
Cargo en el Comité de Ética: Representante de Profesores (Suplente)
- Q.F. MICHAEL MACIAS  
Profesión: Químico Farmacéutico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante experto en Farmacia Química (Suplente)
- Dra. VIRIDIANA MOLINARES HASSAN  
Profesión: Abogada  
Cargo en el Comité de Ética: Representante No Científica (Suplente)
- Ing. PEDRO VILLALBA AMARIS  
Profesión: Ingeniero Mecánico, Phd Ingeniero Biomédico  
Cargo en el Comité de Ética: Representante Científico (Suplente)

El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, se encuentra ubicado en la Universidad del Norte, KM 5 vía a Puerto Colombia. Primer piso Bloque F.

**Contactos:**

**Correo electrónico:** [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co)

**Página Web:** [www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite\\_etica](http://www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica)

**Teléfono:** 3509280 – 3509509 Ext. 3493

**4. el comité considero que el presente estudio:**

- a. Es válido desde el punto de vista ético. La investigación se ajusta a los estándares de la buena práctica clínica.

**5. El Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte informara inmediatamente a las directivas institucionales:**

- a. Eventos que son de notificación obligatoria por parte del investigador al comité de ética.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

**6. El Comité informara inmediatamente a las directivas, toda información que reciba acerca de:**

- a. Lesiones o daños a sujetos humanos con motivo de su participación en la investigación problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas cuando aplique.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por este comité.

**7. Cuando el Protocolo es aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, será por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de su aprobación; según Guías Operativas CE\_versión 19 ENERO 28 de 2016 literal *seguimiento a estudios aprobados el comité de ética en investigación*.**

**8. el Investigador principal deberá:**

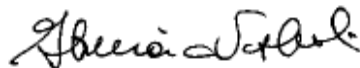
- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos o la comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- c. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- d. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- e. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

**9. Concepto del Comité de Ética**

a. En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, realizada el 25 de Febrero 2016, legalizada según acta No. 138, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de investigación en referencia.

Atentamente,

**UNIVERSIDAD DEL NORTE**  
Comité de Ética en Investigación  
en el Área de la Salud

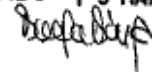


**Nombre: GLORIA VISBAL ILLERA**

**Título: Enfermera, Mg. Bioética**

**Cargo: Presidenta Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud  
de la Universidad del Norte.**

**ENTREGADO 15 MAR. 2016**



# ANEXO J FICHA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA CÁNCER DE MAMA



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  
Subsistema de información SIVIGILA  
Ficha de notificación



## VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA DEL CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

**Definición de caso:**  
**Cáncer de mama:** Mujer u hombre con diagnóstico de carcinoma ductal in situ, lobulillar in situ o carcinoma infiltrante por biopsia de acuerdo con la clasificación CIE-10<sup>a</sup> C 50.0-C50.9.  
**Cáncer de cuello uterino:** Mujer con diagnóstico de LEI AG (NIC II displasia moderada, NIC III displasia severa y carcinoma in situ), carcinoma infiltrante o anomalías en células glandulares

### RELACION CON DATOS BÁSICOS

<b>A. Nombres y apellidos del paciente</b>	<b>B. Tipo de ID*</b>	<b>C. Número de identificación</b>
*RC : REGISTRO CIVIL   TI : TARJETA IDENTIDAD   CC : CÉDULA CIUDADANÍA   CE : CÉDULA EXTRANJERÍA   PA : PASAPORTE   M8 : MENOR SIN ID   AS : ADULTO SIN ID		

### 5. INFORMACION CLINICA

#### 5.1 Pruebas de detección temprana en cáncer de mama

5.1.1 Examen imagenológico  1. Mamografía  2. Ecografía      5.1.2 Examen clínico  1. Sí  2. No

#### 5.2 Mamografía

5.2.1 Fecha examen (dd/mm/aaaa)      5.2.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)      5.2.3 Resultado sistema BIRADS  
-----      -----       0  1  2  3  4  5  6

#### 5.3 Ecografía

5.3.1 Fecha examen (dd/mm/aaaa)      5.3.2 Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)      5.3.3 Resultado ECO BIRADS:  
-----      -----       1  2  3  4a  4b  5  6

#### 5.4 Examen de confirmación diagnóstica

1. Biopsia de mama      5.4.1 Fecha de procedimiento (dd/mm/aaaa)      5.4.2 Fecha resultado (dd/mm/aaaa)  
 2. Biopsia de ganglio      -----      -----

5.4.3 Resultado biopsia  1. Carcinoma ductal  2. Carcinoma lobulillar

5.4.3.1 Grado histológico  1. In-situ  2. Infiltrante  3. No indicado

5.4.4 Clasificación CIE-O:  C 50  C 50.1  C 50.2  C 50.3  C 50.4  C 50.5  C 50.6  C 50.8  C 50.9

#### 5.5 Prueba de detección temprana en cáncer de cuello uterino

5.5.1 Citología de cuello uterino  1. Sí  2. No      5.5.2 Prueba de VPH  1. Sí  2. No      5.5.3 Fecha de toma de la muestra (dd/mm/aaaa)      5.5.4 Fecha resultado (dd/mm/aaaa)  
 1. Sí  2. No       1. Sí  2. No      -----      -----

#### 5.6 Resultados según sistema Bethesda 2001

5.6.1 Anormalidades en células escamosas  ASC-US  2. ASC-H  3. LEI BG  4. LEI AG  5. Carcinoma escamoso

5.6.2 Anormalidades en células glandulares  1. Atipias en células glandulares ACG-  2. Células endocervicales sospechosas  4. Adenocarcinoma endocervical in situ  
 5. Adenocarcinoma endocervical infiltrante  3. Células endometriales sospechosas  6. Adenocarcinoma endometrial

5.6.3 Resultado prueba VPH  1. POSITIVO  2. NEGATIVO      5.6.4 Tipo de VPH:  6  11  16  18  Otros Cual (es) \_\_\_\_\_

#### 5.7 Examen Histopatológico de confirmación diagnóstica

5.7.1 Biopsia de exocervix y zona de transformación  1. SI  2. No      5.7.1.1 Fecha de toma de muestra (dd/mm/aaaa)      5.7.1.2. Fecha de resultado (dd/mm/aaaa)  
 1. SI  2. No      -----      -----

5.7.2 Biopsia de endocervix  1. SI  2. No

5.7.2.1 Resultado biopsia de exocervix  1. LEI AG  2. Carcinoma escamocelular  3. Adenocarcinoma

5.7.2.3 Clasificación CIE-O:  C 53  C 53.0  C 53.1  C 53.8  C 53.9  C 54  C 55  
 C 54.0  C 54.1  C 54.2  C 54.3  C 54.8  C 54.9

5.7.3 Grado histológico  1. In-situ  2. Infiltrante  3. No indicado

5.7.4. Resultado biopsia endocervix

5.7.4.1 Adenocarcinoma

5.7.4.2 Grado histológico:  1. In-situ  2. Infiltrante  3. No indicado

#### 5.8 Seguimiento

5.8.1 Tratamiento inicial del tumor  1. SI  2. No       Radioterapia  Quimioterapia  Cuidados paliativo  5.8.1 Fecha de inicio del tratamiento (dd/mm/aaaa)  
 Quirúrgico  Hormonoterapia  Inmunoterapia      -----

Correos: sivigila@ins.gov.co / ins.sivigila@gmail.com

## ANEXO K CRONOGRAMA

MESES 2016/ 2017		Febrero - Marzo				Abril - Mayo				Junio - Julio				Agosto - Septiembre				Octubre - Noviembre				Diciembre - Enero				Febrero - Marzo			
Actividades	SEMANAS	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Desarrollo de la propuesta de la investigación																													
Revisión y corrección																													
Elaboración del instrumento																													
Revisión y corrección del instrumento																													
Aplicación del instrumento																													
Recolección de datos																													
Procesamiento de datos																													
Análisis de los datos																													
Redacción de conclusiones																													
Presentación y aprobación del trabajo final																													
Sustentación																													

Fuente: Elaboración propia de la autora.

## ANEXO L PRESUPUESTO

RECURSOS	FUENTE DE FINANCIACIÓN				COSTO TOTAL
	Horas/sem	Horas/mes	RECURSOS PROPIOS	RECURSOS INSTITUCIONALES	(\$)
<b>1. RECURSO HUMANO</b>					
Director		24		x	
Estudiantes investigadores		40	x		
<b>SUBTOTAL 1(\$):</b>					<b>0</b>
<b>2. EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS</b>					
Computador(es)			x		980.000
Impresora			x		369.000
Grabador de voz			x		279.000
Cámara fotográfica			x		299.000
<b>SUBTOTAL 2 (\$):</b>					<b>1.927.000</b>
<b>3. PAPELERIA</b>					
Block de papel para impresión			x		24.000
Fotocopias			x		125.000
Argollado			x		10.000
Otros elementos de papelería			x		20.000
<b>SUBTOTAL 3 (\$):</b>					<b>179.000</b>
<b>4. TRANSPORTE Y VIATICOS OTROS</b>					
Transportes urbanos		X			800.000
<b>SUBTOTAL 4 (\$):</b>					<b>800.000</b>
<b>5. OTROS RUBROS DE GASTOS</b>					
Otros gastos		X			300.000
<b>SUBTOTAL 5 (\$):</b>					<b>300.000</b>
<b>TOTAL PRESUPUESTADO (\$):</b>					<b>3.206. 000</b>

Fuente: Elaboración propia de la autora.