

Promotores de la mamografía en Cali

Recuperación de facilitadores en los
itinerarios para contrarrestar la
demora diagnóstica

Autor

Andrés H. Pérez Bustos.

Trabajo de grado para aspirar a Maestría en salud
pública.

Directora

Claudia Patricia Valencia Molina. Enf. Ma Epi. PhD
Salud Pública

Codirectora

Elsa Patricia Muñoz Laverde. MD. Ma Epi.

Escuela de Salud Pública.

Facultad de Salud.

Universidad del Valle

Mayo de 2017

Contenido

Lista de figuras	2
Introducción.....	4
Planteamiento del problema de investigación.....	6
Estado del arte	11
Aproximación conceptual.....	18
Itinerarios.....	18
Facilitadores	20
Objetivos	22
Metodología.....	22
Tipo de estudio.....	22
Diseño de la investigación	23
Participantes	25
Institución donde se llevó a cabo la investigación.....	28
Recolección de información y análisis.....	28
Procesamiento de la información.....	30
Aspectos éticos de la investigación	31
Criterios de calidad.....	36
Resultados.....	37
I. Participantes y red temática.....	37
II. El Itinerario promotor de la mamografía.....	41
III. Facilitadores	44
a. Concepciones que tienen las mujeres sobre el acceso y uso de los servicios de salud.....	44
b. Facilitador 1: Cumplimiento de expectativas.....	48
c. Facilitador 2: Conocimientos y habilidades en el sistema de salud	54
d. Facilitador 3: Redes de apoyo.....	56
e. Impulsadas por el miedo	58
IV. Estrategias	60
V. Sentido	63
a. Riesgo en procura de la salud.....	64
Discusión	70
Conclusiones	77
Recomendaciones	80

Bibliografía	82
Anexo 1. Formato de consentimiento informado	88
Anexo 2. Carta de Aval comité de ética de la Universidad del Valle.....	91
Carta aval. Comité de ética ESE Red de Salud Ladera.....	93
Anexo 3. Guía para la recolección de datos	95

Lista de figuras

Figura 1. Comparación mamografías realizadas 2014-2016 con meta PDCC para 2017.	8
Figura 2. Modelo lógico de intervenciones determinantes en el comportamiento para adherencia a mamografía. Tomado de Watson-Johnson et al. 2011.	14
Figura 3. Modelo de Rutas de Tratamiento. Scott 2013	16
Figura 4. Selección de participantes	26
Figura 5. Familias de códigos y códigos con los que se procesaron las entrevistas en Atlas.ti	30
Figura 6. Relación de participante, edad, nivel de escolaridad y zona de residencia	39
Figura 7. Itinerario de diagnóstico para cáncer de mama.	40
Figura 8. Expectativas	48
Figura 9. Estrategias	59
Figura 10. Riesgo en procura de la salud	64
Figura 11. Fragmento de Ruta de Atención Integral en Salud para cáncer de mama	72
Figura 12. Proceso de tamizaje desde el número de consultas necesarias para una mujer sin malignidades.	73
Figura 13. Pieza publicitaria de American Cancer Society y Laboratorio Roche. Localizada en el hospital de referencia para biopsias de mama	75
Figura 14. Pieza publicitaria de EAPB promoviendo el autoexamen de seno.	76
Figura 15. "Tocar y no consultar se llama descuidar".	77
Figura 16. Publicidad sobre derecho a la mamografía	78
Figura 17. Relación atributos de la mujer y del prestador primario para	

construir juntos un itinerario promotor de la mamografía. 80

Figura 18. Facilitadores para el tamizaje por mamografía 83

Introducción

En nuestros días, las enfermedades crónicas y el cáncer de mama son un asunto de salud pública que en teoría está resuelto: es una enfermedad de alto costo que representa un reto para los sistemas de salud en el mundo ante la imposibilidad de prevenirla, pero que puede ser controlada a través de la detección temprana (1). Ese tipo de detección está universalmente identificada -al menos en los círculos científicos occidentales- en la mamografía, que sin carecer de detractores o críticas a su efectividad se mantiene como la mejor opción(2,3). Pero la detección temprana de cáncer de mama no es la realidad de ninguno de los sistemas que reconocen la mamografía como *la* estrategia, de hecho, es la primera causa por muertes por cáncer en mujeres y sí: a pesar de no tener un origen social, hay una tendencia a mayor mortalidad en mujeres pobres.

En Colombia las bajas cifras de acceso real o uso del tamizaje por mamografía es un tema que preocupa, más cuando se analizan los tiempos propuestos por el Ministerio de Salud en el Plan Decenal de Control de Cáncer (PDCC) -y cómo pasan los años y vemos con escepticismo el cumplimiento de las metas para 2021. Esos tiempos para el proceso de tamizaje y las metas son desconocidos para el grupo de mujeres que representan el caso múltiple presentado en esta investigación: un grupo de mujeres que siendo pobres y aseguradas en el régimen subsidiado de seguridad social de Colombia lograron completar el esquema de tamizaje.

Son mujeres que sin saber que, según la literatura científica especializada escrita por fuera y en su propio país, tenían las oportunidades más remotas -medidas estadísticamente, por supuesto- de obtener servicios de detección temprana. Son el caso demostrativo de que, por un lado, hay posibilidades de obtener los servicios usando diversos recursos y, por otro lado, de que son una minoría que avanzó donde otras no lo lograron. Son además, un ejemplo de un *gran escape* que, como menciona Angus Deaton (4); pero esos escapes no son para todos y evidencia la debilidad de nuestras sociedades para organizar servicios sociales de amplio impacto.

El subtítulo de esta investigación (Recuperación de facilitadores en los itinerarios para contrarrestar la demora diagnóstica) cumple una doble función: señala uno de los objetos que se debe trabajar para mejorar los servicios de salud para cáncer de mama (demora diagnóstica), pero al mismo tiempo fue la guía para la reconstrucción de unos itinerarios exitosos. El subtítulo enmarca el espacio en donde esta investigación puede aportar: conocer qué se hace bien en una institución de la baja complejidad en su atención (ahora denominados Prestadores Primarios), pero desde la perspectiva de las mujeres.

El informe se divide en dos partes. Los previos son los componentes de rigor de toda investigación: Por qué, cómo, cuándo y con quién. Luego de justificar la investigación, se presentan los resultados a través de la reconstrucción facilitadores en los itinerarios, que a su vez se construyeron por un análisis temático. Posteriormente se presentan los resultados principales de la investigación y se hace un ejercicio de recomendaciones.

Planteamiento del problema de investigación

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más recurrente entre las mujeres. 45% de los nuevos casos de este cáncer y más del 55% de las muertes se presentan en países de bajo-medio ingreso (2) y 50% de los nuevos casos se presentan en mujeres con bajos ingresos económicos (1,5). En Colombia se registran 7.000 nuevos casos cada año, de los cuales 2.500 terminan en muerte (6). En Cali el cáncer de mama representa el 23% del total las muertes en mujeres por cáncer (7).

En respuesta, los sistemas de salud deben prestar los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento; a través de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), organizaciones, gobernantes-tomadores de decisiones y personal para el cuidado de la salud que deben coordinarse para organizar, financiar y cuidar de la población (3). Falencias en la prestación o debilidades en la articulación entre actores prestadores generan resultados desfavorables para las pacientes (2).

Con incidencia y mortalidad creciente en Colombia, en concordancia con las tendencias mundiales, es pertinente conocer las acciones ejecutadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para mejorar la calidad de vida y supervivencia de las mujeres afectadas. En comparación, el caso colombiano tiene peor pronóstico que el norteamericano respecto al manejo del cáncer de mama (8), con mayor incidencia, menores niveles educativos en las pacientes (9) y una mortalidad superior que en Norteamérica y Europa (10); además, adelantar programas de tamizaje de amplio impacto está limitado por el financiamiento del SGSSS colombiano, que de hecho, sólo se recomienda para países de altos ingresos (11). En Cali el cáncer de mama -dada su magnitud, incidencia y tendencia histórica- es una prioridad en salud pública que afecta en mayor medida a las personas de menores recursos, que ha aumentado su incidencia en los últimos 20 años (10).

No existen una forma universalmente establecida y probada para la prevención del cáncer de mama: Hay ensayos clínicos sobre medicamentos (p. ej, Tamoxifeno y Raloxifeno) que al parecer pueden prevenir la enfermedad en algunas mujeres, pero los resultados de esos

ensayos son muy discretos en términos de efectividad (11–13), por ello la estrategia empleada y recomendada mundialmente es la detección temprana por mamografía: se reconoce como la más eficaz, eficiente y costo efectiva (aunque los resultados varían de país a país) ya que, cuando las mujeres y los servicios de salud cumplen las recomendaciones de tamizaje, la mortalidad se reduce hasta en un 39%. Se reconoce que la mamografía implica una gran inversión en tecnología debido a la necesidad de mejorar la sensibilidad de la prueba, así como son necesarios los registros para evaluar la efectividad de las intervenciones (15). Por otro lado, la mamografía ha estado envuelta en polémicas respecto a la pertinencia y efectividad, no sólo en círculos científicos que debaten sobre su sensibilidad y la articulación con mejor cualificación del personal médico (16), sino también en las discusiones públicas colombianas en las esferas estatales y civiles. En espacios cotidianos y algunos medios de comunicación colombianos se critica la pertinencia de la mamografía y el esquema de tratamiento actual para cáncer de seno (17). Aunque son válidos los argumentos esbozados respecto a adherirse o no a los tratamientos, esta propuesta de investigación parte del modelo de detección temprana del cáncer de mama por mamografía, aplicado actualmente por el SGSSS a través del Plan Decenal de Control de Cáncer 2012-2021.

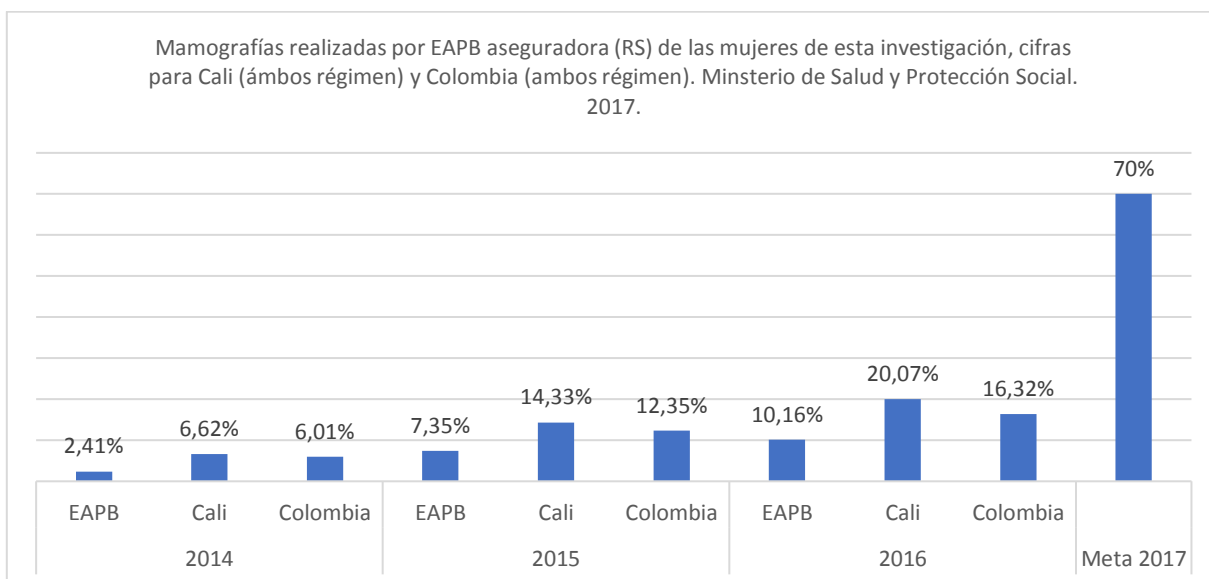
Estudios de la Organización Mundial de la Salud (1,18) muestran que enfocar acciones hacia modificar la dieta, el sobrepeso y la ingesta de alcohol, serían factores directamente relacionados a la incidencia de cáncer de mama; pero, se reconoce la detección temprana como la piedra angular para mejorar los desenlaces para mujeres en proceso de diagnóstico y aumentar las cifras de supervivencia de las pacientes que ya tienen la enfermedad.

Hay dos estrategias para detección de cáncer de mama. La primera, es la detección temprana o alerta ante signos o síntomas en poblaciones sintomáticas para facilitar el diagnóstico y tratamiento temprano. La segunda, es la aplicación sistemática de pruebas de diagnóstico en población asintomática, apuntando a la identificación de individuos con anormalidades sugerentes de cáncer (2); En teoría, Colombia aplica la segunda estrategia. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia generó en 2012 un Plan Decenal de Salud Pública, que a su vez produce El Plan Decenal de Control de Cáncer (2012) y este

último guía el manejo de diversos tipos de cáncer, donde se incluye el cáncer de mama (6) y se determina una estrategia de detección temprana. Aunque se hacía desde antes, la mamografía se ratifica como única técnica adoptada para el tamizaje y detección temprana de la enfermedad con base en los estudios del Instituto Nacional de Cancerología (19) y se propone cubrir al 70% de las mujeres entre 50-69 años con la estrategia de tamización bianual antes del 2021. La aplicación de la prueba de tamizaje es responsabilidad de los aseguradores (EAPB) en todos los regímenes.

La gráfica 1 muestra el avance en cumplimiento para mamografía de tamizaje de la EAPB¹ del régimen subsidiado con más personas en Santiago de Cali, la cobertura por mamografía de tamizaje de las EAPB de todos los regímenes en la misma ciudad y la cobertura por mamografía de tamizaje de todas las EAPB en todo el país, para el periodo 2014-2016 (20), mostrando el nivel de cumplimiento respecto a la meta propuesta por el PDCC para 2017.

Figura 1. Comparación mamografías realizadas 2014-2016 con meta PDCC para 2017



En Cali, la ciudad más importante del sur-occidente del país y tercera en orden nacional, murieron 201 mujeres por cáncer de seno en 2012. Aunque las cifras globales han mejorado desde 1988, las mujeres entre 30 a 44 años, que no aplican a la estrategia de detección

¹ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. Designación para las aseguradoras, antes llamadas EPS.

temprana por tamizaje, mantienen las cifras de mortalidad desde finales de los años 80 hasta 2012 (21). La tasa de incidencia media anual estandarizada por edad de cáncer de mama en el periodo 2006-2010 fue de 46.9 por 100.000 personas-año. La mortalidad es la más alta para todos los tipos de cáncer en mujeres: para el periodo 2004-2008 la tasa de mortalidad media anual estandarizada por edad fue de 13.7 por 100.000 personas-año (813 casos), y para 2009-2013 fue 13.9 por 100.000 personas-año (893 casos) (7).

La estrategia tiene aspectos a mejorar y uno de sus principales retos es que la mamografía tiene barreras de acceso. En Norteamérica hay relación entre la residencia en zonas rurales y un menor acceso a la mamografía en comparación con pares residentes en zonas urbanas (22,23). En Colombia, un estudio retrospectivo realizado en cinco ciudades evidencia que el uso de la mamografía está más limitado para mujeres aseguradas dentro del régimen subsidiado y para aquellas analfabetas (9), entonces, se prevé un peor pronóstico para las mujeres residentes en zonas rurales, donde los niveles de escolaridad son inferiores en comparación con las cabeceras municipales (24). En el país no se ha determinado el tiempo de atención para cáncer e implica un vacío en el proceso de determinar la demora diagnóstica. La mediana entre la primera consulta a los servicios de salud y el diagnóstico fue de 91 días en un estudio realizado en Bogotá. Ahí también se determinó que el 30% de las mujeres consultaron dos o más veces por el síntoma principal antes de iniciar los exámenes diagnósticos, y en el 50.5% de los casos el diagnóstico se demoró más de tres meses (25).

En Colombia la mayoría de los mamógrafos están en la ciudad de Bogotá y los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca, con más de 90 en cada uno. La tasa promedio de prestación de servicios de mamografía por cada 10.000 mujeres entre los 50 y 69 años es de 5.4 y para el Valle del Cauca es de 5 (26). En Cali, sin embargo, la estrategia de tamizaje por mamografía sólo cubrió al 6,62% de las mujeres de la ciudad en el mismo rango de edad en 2014 y en 2015 la cifra subió a 14,33% (22); lejos de la meta del 70% para 2017 planteada en el Plan Decenal de Control de Cáncer. A pesar de tener un aseguramiento por encima del 95% de la población, disponibilidad de equipos, legislación al respecto, una estrategia en el marco de un plan decenal para el control del cáncer y unos niveles de

alfabetización por encima del 93%, el SGSSS no ha logrado reducir la mortalidad por cáncer de mama a través de las estrategias planteadas y vigentes.

Las pacientes y los servicios contribuyen a la demora diagnóstica, por no considerar la anomalía como síntoma o por falta de capacitación del médico primario (25). A pesar de las barreras, hay mujeres que logran acceso oportuno al proceso de diagnóstico. La mamografía está probada como estrategia para reducir la mortalidad, así como también se probó la existencia de diferencias al momento de diagnóstico para diferentes grupos raciales; pero los detalles en la prestación de los servicios por parte de los aseguradores, determina su efectividad (27).

La literatura reporta que la demora diagnóstica ocurre en varios intervalos, pero destaca el periodo entre la mamografía y la biopsia para confirmar diagnóstico (28). Para las pacientes representa un cambio en la dinámica diaria y un incremento en las tareas cotidianas producto de la búsqueda de diagnóstico, con diverso grado de ayuda de otras personas. Para una investigación desarrollada en Canadá, se describen, entre otros, la comunicación con los prestadores de servicios de salud, búsqueda de información, buscar cómo cubrir los gastos no cubiertos por el asegurador y manteniéndose sana respecto a otras cuestiones de salud; algunas mujeres pueden sentirse pobremente preparadas para afrontar la situación (29). En el mismo estudio, se menciona cómo las responsabilidades familiares y laborales entran en conflicto respecto al tiempo/prioridades de las mujeres, más cuando se cuenta con servicios de salud fragmentados y sin un médico de referencia o de confianza.

Pese a las limitaciones expuestas anteriormente en el acceso a la mamografía de tamizaje, algunas mujeres, incluso, de estratos socioeconómicos y niveles de escolaridad bajos, acceden a ella. Por tanto, la presente investigación aportó al conocimiento en detalle de la experiencia en el proceso de diagnóstico y caracterización de los facilitadores del acceso al diagnóstico temprano, de manera que se obtuvo información desde la cotidianidad de las mujeres para ajustar y mejorar los servicios de prevención y detección temprana de la enfermedad.

Se parte de la premisa de que es un camino sinuoso que puede ser resuelto favorablemente para la mujer, a través de estrategias que no se conocen claramente pero que permiten superar las barreras planteadas en la literatura. En consecuencia, se planteó la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles fueron los facilitadores en los itinerarios de las pacientes que superaron la demora diagnóstica y accedieron a la mamografía de tamizaje dentro del SGSSS en Cali?**

Estado del arte

El cáncer de mama es una prioridad de salud pública a nivel mundial. La mortalidad y la incidencia aumentan y se considera la detección temprana como la mejor estrategia para mejorar la salud de las mujeres (1,2). En Colombia existen documentos oficiales sobre la importancia de tratar tempranamente el cáncer, pero no se ha logrado consolidar la detección temprana en los servicios de salud (6,30). De hecho, la literatura científica sobre cáncer generada en Colombia entre 2000 y 2010 fueron 2.481 artículos, de los cuales el 8.2% trataron el tema de la detección temprana y el 6% sobre cáncer de mama en específico (31).

El papel del tamizaje o la detección temprana (también llamado programa de “down-staging”) se define como la sensibilización sobre los primeros síntomas y signos del cáncer para facilitar el diagnóstico antes de que el cáncer avance. Permitiendo una terapia eficaz y sencilla. La detección del cáncer de mama en estadios tempranos está ligada a la identificación de unos síntomas específicos (14). También está la detección temprana sin tamizaje, que se puede implementar estrategias basadas en la capacitación del personal médico y la población (15), pero que en Colombia es una recomendación y la tamización se enfoca en el tamizaje por mamografía.

La implementación de la estrategia de detección temprana tiene asociadas diversas dificultades: las características individuales de la paciente (edad, etnia, nivel educativo y

socioeconómico, entre otros) (32) y aspectos estructurales que condicionan y limitan el acceso al servicio en tiempos adecuados: barreras sociales, económicas, disponibilidad y acceso a los servicios de diagnóstico (3,9,26,33,34). Existen diferencias de contexto y entre casos que no hacen viable comparar directamente la situación que enfrenta una mujer de Colombia y otra de un lugar diferente del mundo, empero, las desigualdades en el acceso a salud y otros aspectos de la vida cotidiana tienen un desbalance constante entre hombres/mujeres y entre mujeres de diferentes niveles económicos, al cual Colombia no es ajeno.

Las características de las pacientes que no logran acceder a los diagnósticos tempranos pueden catalogarse en tres dimensiones aplicables con base en la revisión de literatura nacional y extranjera. Primero, la dimensión estructural: tipo de aseguramiento (34–36), niveles económicos (37); En segundo lugar, está la dimensión social inmediata, que comprende la localización del hogar, distancia respecto a los servicios de salud y redes de apoyo disponibles (38–41); cabe mencionar en este segundo campo los antecedentes familiares, que están asociados a la presencia de la enfermedad en algún momento de la vida pero que no parecen ser un aspecto determinante para adquirir conocimientos o ejecutar prácticas de cuidado relacionadas con la detección temprana de la enfermedad, al menos en mujeres hispanas en los Estados Unidos (42). Finalmente, la dimensión individual de la paciente: estado civil, características étnicas (32,43,44), ingresos, número de hijos (43,44) y niveles educativos (3,9,45,46). Para cada caso, hay unas barreras específicas para el acceso a los servicios de salud que limitan el uso oportuno de los servicios de diagnóstico temprano.

La demora diagnóstica es menos pronunciada en mujeres con mayor educación (universitaria y de posgrado), afiliadas a los régimen especial o contributivo, pertenecientes al estrato socio-económico más alto y en sospecha por tamizaje (8). En el intervalo de diagnóstico, crece por la falta de conocimiento de los médicos tratantes para dirección hacia la interpretación de los indicios como no significantes para formular exámenes de diagnóstico; por parte de las mujeres se producen demoras para el diagnóstico asociadas a demoras al solicitar una consulta, pues no perciben el síntoma cómo importante (20). Las

representaciones sobre el cáncer de mama están ligadas a la imagen de enfermedad mortal, inicialmente visto como una afectación a la estética y se enfoca en la culpabilidad de la mujer sobre la enfermedad, pasando por alto las representaciones “realistas” de los factores de riesgo (47).

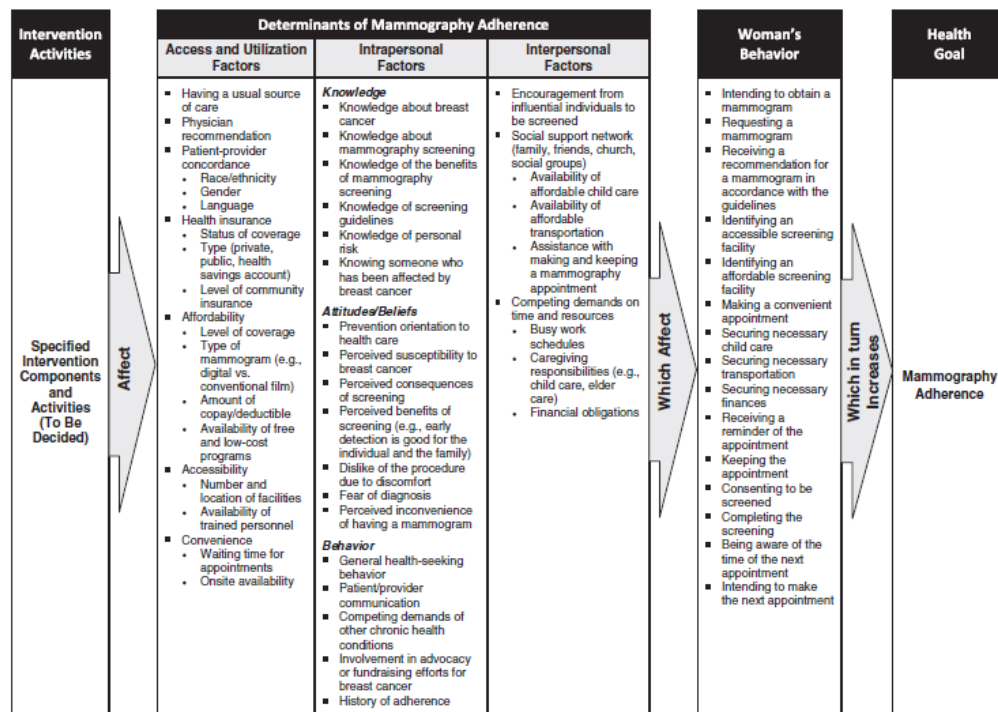
Sin embargo, algunas pacientes con características similares las reportadas en la literatura como aquellas con más dificultades para acceder al diagnóstico temprano para cáncer de mama sí logran completar el proceso de tamizaje por mamografía (10). Están las pacientes que, compartiendo las características que sugieren una limitación en acceso a servicios de salud, logran tener una mamografía de tamizaje dentro del SGSSS superando la demora diagnóstica. Las redes de apoyo social son facilitadoras de la adherencia a servicios de salud y una fuente rica en experiencias para identificar y enfrentar enfermedades crónicas o sus procesos de diagnóstico (48) debido a la transmisión de conocimientos, experiencias e información sobre el proceso de atención y el acceso a los servicios (36,39); Así entonces, la influencia que puede ejercer una persona (y sus opiniones y consejos) sobre la mujer que enfrenta un proceso diagnóstico o de tratamiento está determinada por la cercanía social que existe entre los involucrados (46), que eventualmente aportará a la búsqueda de servicios para el tamizaje.

La determinación para el acceso a procesos de diagnóstico y tratamiento está influenciada por aspectos generales e individuales. En los primeros se identifican diferencias a niveles de subgrupos: comunidades étnicas y sus arraigos culturales, grupos de edad y sus implicaciones en responsabilidades sociales y percepción del entorno, y características del aseguramiento en salud manifestadas en uso de determinados prestadores de servicios, trámites para hacer uso de los servicios, entre otros (45,46). Los segundos, están caracterizados por la subjetividad y diversidad de representaciones y prácticas que las mujeres pueden manifestar dependiendo de la situación específica en que se encuentran, impactando en el comportamiento de la mujer y en últimas la adherencia a la tamización por mamografía (47).

El modelo lógico de comportamientos determinantes para intervención (51) presenta potenciales líneas causales para adherencia a la mamografía y el esquema de tamización. Dicho modelo [Figura 2] propone que hay unas intervenciones compuestas por actividades específicas que pueden ser tomadas por las mujeres. Las actividades afectan los determinantes para la adherencia a la mamografía (tres grupos de determinantes: los factores de acceso y utilización, los factores intrapersonales y los factores interpersonales) y éstos a su vez el comportamiento de la mujer. Éste último incrementa, en relativo nivel, la adherencia a la mamografía.

Los autores concluyen que el modelo se enfoca en las pacientes que iniciaron el tamizaje, pero no se ligaron al esquema propuesto por las políticas públicas de salud en sus sociedades. Es decir, el tamizaje propuesto como poblacional no se logra y se convierte en oportunista, significando una baja en los niveles de eficacia de la estrategia. Para nuestro caso, tenemos que afinar la mirada e indagar dentro de cada paso del proceso de tamizaje: una mamografía cada dos años y saber qué pasa para que, en Cali, en 2014, solo el 6.2% se haya aplicado a la recomendación.

Figura 2. Modelo lógico de intervenciones determinantes en el comportamiento para adherencia a mamografía. Tomado de Watson-Johnson et al. 2011.



Es necesario conocer en detalle los procesos que ocurren entre los síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y el desenlace; específicamente, hay que identificar los facilitadores que las mujeres encuentran en esos procesos para ajustar o diseñar estrategias, desde los servicios de salud, que permitan que más mujeres accedan a la estrategia de detección temprana y obtengan resultados positivos para su vida. La literatura disponible menciona que las redes sociales de apoyo (52), conocer casos de personas con cáncer, características de los servicios de salud (sexo del médico, eventual recomendación, eventuales recordatorios, entre otros) (53,54) y la percepción de la importancia y acciones para la prevención (55) son facilitadores para el uso de la mamografía.

Merece mención el reciente cambio realizado por la Asociación Americana del Cáncer (ACS) de la guía para tamizaje de cáncer de mama, enfatizada en mujeres con riesgo promedio (aquellas sin historia personal de cáncer de mama, sin mutaciones genéticas sospechosas o confirmadas, y sin historia de radioterapia en el pecho en edades tempranas). La nueva guía, en síntesis, propone que la edad mínima para mamografía de tamizaje aumente de 40 a 45 años debido a la baja incidencia de la enfermedad por debajo del nuevo margen y en relación la alta posibilidad de un diagnóstico falso positivo; que las mujeres adultas con más de 10 años de esperanza de vida deben realizarse la mamografía de tamizaje (para el caso norteamericano las mayores o iguales a 75 años); y que el Examen Clínico de Mama no se recomienda para mujeres con riesgo promedio a manera de complemento de la mamografía porque aumenta las cifras de falsos positivos en el diagnóstico, dejándose sólo para mujeres con alto riesgo y en contextos de bajos ingresos (56). El cambio en las recomendaciones refleja, aunque sea en otro contexto político, que hay una búsqueda constante por la mejora en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

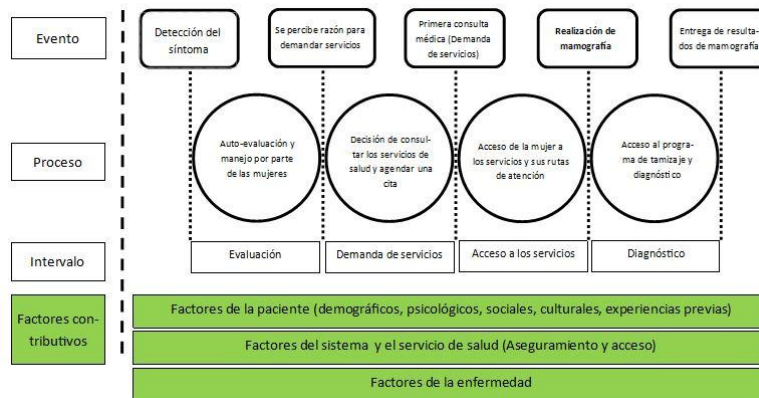
Desde finales del siglo pasado líneas de investigación fueron más allá del aspecto clínico del cáncer de mama y se enfocaron en factores circundantes al tratamiento y los métodos diagnósticos. El retraso en la búsqueda de diagnóstico fue abordado desde dos análisis: primero enfocado en el retraso y comprendido en cuatro intervalos: evaluación de la anomalía en el cuerpo, enfermedad, comportamental y de retrasos en las citas médicas. El segundo análisis es el psicológico de las atribuciones individuales generadas cuando se

relacionan los síntomas con las expectativas y conocimientos sobre los procesos fisiológicos. El estudio concluye que el retraso entre los intervalos es independiente, pero el intervalo de evaluación de la anomalía constituye al menos el 60% del total del retraso (57).

De manera más reciente, el Modelo de Rutas de Tratamiento [Figura 3] (58) aborda el tema desligando el análisis de puntos de entrada, es decir, la paciente inicia la ruta en cualquier momento (en términos de diagnóstico y evolución de la enfermedad) y los retrasos pueden superponerse además de, obviamente, acumularse. Aspectos sociales y culturales se suman y pueden agrandar el retraso en alguno de los intervalos. Tiene tres constructos clave: eventos, procesos e intervalos que pueden ocurrir en periodo de tiempo antes de iniciar tratamiento médico e identifica factores que pueden contribuir a la duración de cada intervalo. Adicionalmente, el modelo es flexible al inicio de la ruta de tratamiento en cualquier etapa (desde detección de cambio en el cuerpo hasta diagnóstico clínico), en casos de múltiples síntomas, en casos donde hay diagnóstico y no tratamiento, entre otros. El proceso, así como el modelo, no es unidireccional y contempla el movimiento hacia atrás y hacia adelante que tienen las pacientes.

Primero los eventos, definidos como puntos clave en la ruta de tratamiento e incluye la detección de cambios en el cuerpo, percibir razones para discutir síntomas con el médico, la primera consulta con el médico, diagnóstico e inicio del tratamiento. Segundo los intervalos, definidos como periodos de tiempo entre los eventos y donde se encuentran estimación, búsqueda de ayuda, diagnóstico y pre-tratamiento. El tercer elemento son los procesos, definidos como las acciones cognitivas, emocionales, comportamentales, organizacionales o estructurales que ocurren dentro de los intervalos y cuyo resultado lleva al siguiente evento. Finalmente, los factores contributivos [traducido de *features*] son elementos complementarios propios de las pacientes (características individual así como contexto cultural y social), proveedores de servicios de salud (aspectos del sistema de salud que pueden impactar las decisiones y comportamientos tanto en pacientes como personal médico) y enfermedad (aspectos físicos y psicológicos de la condición) que influyen los procesos, y por tanto, el tiempo de los eventos y la duración de los intervalos.

Figura 3. Modelo de Rutas de Tratamiento. Scott 2013[Edición y traducción propia]



Para el caso de Londres, ciudad con múltiples comunidades étnicas, la percepción de necesidad de servicios de salud y la respuesta a esa necesidad (para síntomas de cáncer de mama o cérvix) varía dependiendo de las características culturales (capital cultural adquirido y heredado) de la mujer y la relación establecida entre el médico tratante y la paciente; pero esa relación está predeterminada por antecedentes, historias escuchadas, relaciones de género (entre otros) y se refuerza con la propia experiencia vivida (p. ej: si el médico identifica una anomalía o si simplemente no genera confianza en la mujer y ésta nunca expresa su inquietud respecto a su salud). Esta investigación concluye que las mujeres de orígenes diferentes al Reino Unido tienen menos probabilidad de buscar ayuda en el servicio de salud, sin embargo, el subgrupo de esas mujeres que nacieron en el Reino Unido tiene mayores probabilidades que sus madres u otras familiares (59).

En ese sentido, el proceso de diagnóstico para cáncer de mama está compuesto por varios procesos no lineales que tienen un intervalo de tiempo indeterminado para desarrollarse. Para esta investigación se toma esa perspectiva para el análisis de los casos de mujeres que terminaron exitosamente el proceso de tamizaje por mamografía dentro de la estrategia del SGSSS.

Aproximación conceptual

Para analizar el tema de interés, se requiere enfocar en los detalles inmersos en un proceso de duración impreciso, estandarizado en la normatividad pero irregular en la práctica y vida de las mujeres que se acogen al esquema de tamizaje por mamografía. El SGSSS contempla que las mujeres deben tener un asegurador que las represente ante las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), pero hay múltiples prestadores y prestación de servicios fragmentada, que puede dilatarse en el tiempo al no haber unos estándares para ello.

Itinerarios

Los itinerarios son la dirección y descripción de un camino con expresión de lugares, accidentes, paradas, entre otros, que existen a lo largo de él (60), que se construye con la experiencia de las personas en relación con el Sistema de Salud (funcionarios, aseguradores y prestadores de servicios) y mecanismos legales de contexto. Es entonces, un constructo teórico y metodológico que vincula la experiencia personal con la estructura del sistema para operar como herramienta para entender y evaluar el funcionamiento del sistema de salud (61).

Se pueden identificar tres grandes categorías que, desde la sociología de la salud, han tratado de comprender lo que sucede con una persona que enfrenta una enfermedad: 1- desde lo micro-sociológico analizando las etapas presentes desde que la persona percibe el evento en salud o problema (síntoma, diagnóstico) hasta la solución o desenlace. 2- Modelos de Determinantes, en el marco de lo macro-sociológico: que tratan de indagar los factores determinantes del proceso de decisión que supone la utilización de una o varias alternativas terapéuticas. 3- Agrupación de modelos por enfoque, sea en el Proceso (comportamiento frente a la enfermedad) o en el Punto Final (la utilización de determinado servicio). El concepto de itinerario terapéutico matiza y combina elementos de las tres

categorías al incorporar elementos culturales, sociales y económicos con reacciones, deseos y posibilidades que los individuos ponen en juego (61).

El itinerario terapéutico emerge como una visión integral de la experiencia del sujeto, ahora denominado paciente. La definición más clásica del concepto proviene de la antropología francesa de finales del siglo pasado y Sinszinger la define como “todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia, desde que aparece el problema”. La autora señala que, al iniciar el proceso, es decir, desde la aparición del síntoma o diagnóstico, entran en juego diversos tipos de interpretaciones y curas; así como instancias terapéuticas que pueden ser institucionales o no institucionales. Todo esto en un contexto de pluralismo médico (63).

El itinerario también se puede ver desde los pasos recorridos por el sujeto a través del SGSSS, pues no es un proceso lineal automático. Al aceptar el paradigma de atención tradicional (médico clínico) y hacer uso del Sistema de Salud se inicia una interacción entre las EAPB, IPS y usuario: el itinerario burocrático. Definido como constructo teórico y metodológico que vincula las experiencias personales de enfermedad con la estructura del sistema. Abadía y Oviedo han analizado para Colombia los pasos que deben recorrer los pacientes para el uso de los servicios de salud desde el punto de vista administrativo, contemplando tres conjuntos de eventos administrativos (Fallas del sistema, Acciones legales y Resultados de las acciones legales) que se cruzan con requerimientos de los usuarios al SGSSS (valoración médica, solicitud de medicamentos, solicitud de tratamiento, entre otros). El resultado es que los itinerarios cambian dependiendo de las necesidades en salud, asegurador y prestador; así como no hay un único punto de partida, pero sí probabilidad de recorrer varias veces esos itinerarios (61).

Los itinerarios terapéuticos y los burocráticos se cruzan en la experiencia de los pacientes para recibir atención en salud. Los pasos recorridos por una persona en la búsqueda del mantenimiento de la buena salud o atención en caso de enfermedad contienen tanto interpretaciones sobre lo que pasa en el cuerpo y elaboración de planes para resolver la situación como trámites administrativos con los diferentes actores del sistema

(radicaciones, derechos de petición, tutelas, etc.). Sin embargo, no todos los itinerarios son tortuosos para los pacientes y condenados a la dilatación de la atención.

Facilitadores

La literatura especializada señala que las redes de soporte social en el diagnóstico, así como aspectos personales, sociales, económicos y características de los servicios de salud pueden promover la utilización de los servicios: facilitar. La interpretación de los síntomas, las prioridades, los trámites burocráticos, la oportunidad en las citas médicas pueden ser esos facilitadores presentes en los itinerarios de mujeres que accedieron a mamografías de tamizaje en el marco de la estrategia del SGSSS.

Algunos de los elementos identificados como Barrera pueden, en otro caso, significar un Facilitador. Para mujeres hispanas en los Estados Unidos, se identifican como *Barreras*: el fatalismo, la familia, la aculturación y las barreras percibidas. Sin embargo, la familia aparecía como facilitador en aquellas mujeres que tenían mamografía de tamizaje; la aculturación puede llevar a nuevas prácticas en el cuidado de la salud y las barreras percibidas depende del balance que haga la mujer sobre el proceso de atención y los beneficios potenciales que le traerá. Como Facilitadores se identifican la recomendación médica (incluyendo la satisfacción con el servicio recibido), que puede estar apoyada en la recomendación para acudir al servicio por parte de personal de salud (64), familiares o amigos; educación y conocimientos sobre el sistema de salud, que son las habilidades necesarias para entender, acceder [y usar] los servicios de salud; conocimiento sobre la mamografía de tamizaje y su función; y el historial médico, entendido como los antecedentes de la enfermedad que posiblemente aumentarían la probabilidad de adherirse al esquema de tamizaje. Sin embargo, esta revisión sistemática concluye que éste último facilitador no tiene un impacto claro en el incremento de la probabilidad de hacerse la mamografía (65).

En ese sentido, la diferencia entre Barrera y Facilitador es relativa, pues son dos caras de un proceso evaluativo que hacen las mujeres dependiendo de sus condiciones sociales, familiares y elecciones personales. La identificación de un elemento como Barrera o Facilitador pasa por la racionalización y el significado que la mujer le otorga.

Las opciones que tienen las mujeres para acceder al tamizaje también juegan en la línea relativista ya mencionada, y en la literatura se encuentran con fuerza las siguientes: 1- El miedo al proceso de tamizaje puede variar dependiendo del estatus socioeconómico y nivel educativo, apareciendo como barrera y facilitador en diversos estudios; 2- el impacto psico-social del falso positivo: hay efecto emocional de visitas adicionales a los servicios de salud (incluyendo, por supuesto, los servicios de tamizaje para cáncer de mama) pueden tener un efecto adverso fuerte en el corto plazo. En consecuencia, una paciente con múltiples llamados dentro del proceso puede comenzar a cuestionar la efectividad y valor de esas exámenes. 3- Los mensajes o llamados a adherencia a la estrategia de tamizaje pueden tener un efecto adverso si son discordantes o se interpretan como confusos por parte de la paciente; 4- el costo económico que tiene para la paciente (66).

Entonces, los itinerarios -compuestos, entre otros, por facilitadores- marcan el proceso de tamizaje por mamografía en las pacientes que están en el proceso de detección temprana del cáncer de mama. Para algunas de esas pacientes, el proceso termina unos resultados percibidos como positivos por parte de las mujeres; además de estar sanas (libres de cáncer). Se necesita conocer esa cara de la moneda, minimizada por el impacto de la justificada perspectiva de investigación orientada hacia las barreras en el acceso a los servicios de salud.

Objetivos

General: Reconstruir los facilitadores en los itinerarios de mujeres que tuvieron mamografías de tamizaje en el marco de la estrategia de detección temprana del SGSSS, entre 2015-2016 en la zona de Ladera de Santiago de Cali.

Específicos:

- Caracterizar los facilitadores para el acceso a mamografías de tamizaje en el marco de la estrategia de detección temprana del SGSSS, entre 2015-2016 en Santiago de Cali.
- Analizar las estrategias que las mujeres utilizaron para contrarrestar sus limitaciones económicas, educativas, informativas y de acceso a los servicios para obtener una mamografía de tamizaje en el marco de la estrategia de detección temprana del SGSSS, entre 2015-2016 en Santiago de Cali.
- Interpretar el sentido que las mujeres otorgaron a la mamografía y cómo desencadenó en prácticas que llevaron a completar el proceso diagnóstico.

Metodología

Tipo de estudio

En esta investigación las mujeres son contempladas como agentes modificadores del contexto en que se desenvuelven y co-determinantes de sus resultados en salud, articuladas y supeditadas -al mismo tiempo- a las estructuras que están presentes en la sociedad y en el sistema de salud. La metodología de esta investigación se orienta hacia la comprensión del fenómeno para beneficio de la población, no hacia la aplicación de un método en particular.

El paradigma, entendido como conjunto básico de creencias que guían la acción, se compone de la ética, epistemología, ontología y metodología; la elección del paradigma determina el desarrollo, análisis e interpretación de los resultados, aunque son elementos en constante evaluación y re-definición. Para esta investigación se adopta el paradigma constructivista, en donde lo “real”, “útil” o el significado de las acciones se deriva de una concepción de las comunidades o personas involucradas; donde en el centro las acciones o pasividad [*inaction*] producto de las actividades generadoras de significado y sentido (67).

El paradigma constructivista es anti fundamentalista, resistente a la adopción de valores permanentes e invariables en los que la verdad está universalmente dada. La “verdad” se constituye como acuerdo a cargo de negociaciones comunitarias. Desde lo ontológico, las realidades son relativistas y construidas local y específicamente; en lo epistemológico hay un espíritu transaccional en el que los hallazgos son creados por el investigador (subjetivista); con una metodología hermenéutica/dialéctica (67).

Más allá de la disyuntiva entre la investigación cualitativa o cuantitativa y sus métodos como manifestaciones prácticas del antagonismo, esta propuesta se orienta a indagar en la particularidad de una población que experimentó unas situaciones específicas en su contexto y usó los servicios de salud. El paradigma constructivista permite comprender un fenómeno en salud a través de la reconstrucción de unos itinerarios de mujeres en un contexto muy específico.

Diseño de la investigación

Esta corresponde a una investigación de corte cualitativo, con un diseño de estudio de caso; caracterizado por la manifestación de algún rasgo común entre la población participante, donde cada mujer participante puede tener un *caso* similar o distinto, pero tanto la redundancia como la variedad son importantes (68). Se los elige por considerar que, al entenderlos, conducirá a una mejor formulación de teorías y planes de intervención. El estudio de caso se concentra en el conocimiento experiencial de cada participante y presta

detallada atención a la influencia que los contextos sociales y políticos (entre otros) tienen en las pacientes. Para obtener la información se usó la entrevista en profundidad.

Está diseñada como un estudio de caso, que implica el sacrificio de la posibilidad de generar conclusiones aplicables a grandes contextos en propósito de conocer las especificidades de personas y situaciones muy específicas. Propone “la construcción de un modelo de conocimiento que unifique experiencia y realidad humana y focalice su indagación en torno a prácticas y acciones de los seres humanos, miradas en sus relaciones internas y externas” (69). Para esta investigación los relatos de las mujeres llevan a un caso muy específico: mujeres aseguradas en el régimen subsidiado-, de recursos económicos limitados (estrato 1-2), residentes de la zona de Ladera de Cali y que culminaron el proceso de tamizaje por mamografía de manera exitosa. Ellas, que hacen parte de una minoría², son el caso que se desea indagar.

Es un estudio de caso colectivo, donde se estudiaron conjuntamente nueve casos haciendo énfasis en la indagación de la situación general y no tanto en los aspectos individuales de las participantes. Por supuesto, son esas voces individuales las que dan forma a la investigación, pero como reflejo de una situación colectiva: el estudio de caso se centra en la individualidad como una “conquista creativa, discursivamente estructurada, históricamente contextualizada y socialmente producida y transmitida. Al centrarse en la particularidad, pretende construir un saber entorno a ella, al tiempo que reconoce en la singularidad una perspectiva privilegiada para el conocimiento de lo social” (69).

En la investigación se cotejó la información suministrada por cada uno de los casos con la información suministrada por la IPS, los registros médicos en casos de inconsistencias o lagunas en la información de la atención y otras informaciones de otros casos. También se exploró los lugares que las mujeres deben recorrer para completar el esquema de tamizaje para cáncer de mama con el objetivo de reconocer los espacios en los que se deben

² Las mujeres caleñas aseguradas en esa EAPB que tuvieron mamografía de tamizaje fueron 1.303 (2.41%) de 50.626 aseguradas, en 2014. 4.716 mujeres (7.35%) de 64.140 aseguradas, en 2015. Fuente: Minsalud: http://rsvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/. Consultado el 26 de febrero de 2017.

desenvolver; dicha exploración no se hizo con las mujeres participantes sino como un ejercicio individual del investigador, en esa exploración se tomaron registros sobre información institucional relativa a la detección temprana del cáncer de mama. También se analizaron el Plan Decenal de Control de Cáncer 2012-2021 y la Ruta Integral de Atención en Salud para cáncer de mama (RIAS).

Participantes

El muestreo dentro de la investigación cualitativa no se orienta por una preselección de una parte de la población, no busca ser representativa de un universo poblacional a través de los estándares estadísticos. Se concibe como una manera para establecer una colección de información seleccionada intencionalmente para construir un “corpus de ejemplos empíricos con el fin de estudiar de la manera más instructiva el fenómeno de interés” (70).

Las participantes se seleccionaron por medio de un muestreo por cuotas, siguiendo las tipologías encontradas como básicas en la literatura respecto al esquema de tamizaje aplicado en Colombia y a partir de los datos suministrados por Red de Salud Ladera E.S.E.: lugar de residencia y sintomatología.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con mamografías de tamizaje realizadas entre los años 2015-2016.
- Mujer entre 50-69 años al momento de la mamografía de tamizaje.
- Aseguradas en el régimen subsidiado.
- Haber recibido la mamografía en el Hospital Cañaveralejo (Parte de la E.S.E. Red de Salud Ladera).
- Mujeres con resultados radiológicos Bi-Rads 0, I, II y III con estudios complementarios (Ecografía, biopsia u otro) completos y resultados entregados a la paciente.
- Mujeres con resultados radiológicos Bi-Rads IV con biopsia que confirme resultado negativo para malignidad.

- Mujeres sin cáncer de mama.
- Mujeres sin limitaciones comunicativas.

Los criterios de exclusión fueron:

- Mujeres que terminaron su proceso de tamizaje en un periodo superior a tres meses antes del inicio de esta investigación. El sesgo de memoria puede cortar detalles en la descripción de los eventos.

Las participantes se eligieron con base en los registros del Hospital Básico Cañaveralejo. A partir de ahí se filtraron las pacientes por resultado Birads de Mamografía y se seleccionaron los posibles casos. Luego se comentó brevemente el objetivo de la investigación y con aquellas mujeres interesadas en participar se hizo una conversación sobre su experiencia personal en el uso del servicio de mamografía. Con base en la riqueza de sus relatos y buscando casos que ejemplarizaran y permitan la generalización lógica de los hallazgos (71), se realizaron 9 entrevistas a mujeres que completaron el esquema de tamizaje sin resultados positivos para cáncer.

En la Tabla 1 se referencian las participantes seleccionadas en relación con los criterios de selección. La distinción entre pacientes de la zona urbana o rural se hizo en coherencia con la población que consulta a la institución de salud donde se hizo la investigación: ESE Red de Salud Ladera es la única empresa de salud del municipio que hace presencia en la zona rural de Santiago de Cali. En segundo lugar, hay una distinción entre pacientes totalmente asintomáticas hasta el momento de la toma de la mamografía de tamizaje y aquellas mujeres que en algún momento de su vida se hubiesen sentido algo en los senos pero que al momento del tamizaje fuesen asintomáticas.

Figura 4. Selección de participantes

Participantes	Número de participantes
Mujeres residentes en la zona rural de Cali	2
Mujeres residentes en la zona urbana de Cali	3
Mujeres que accedieron a la mamografía asintomáticas	2
Mujeres que accedieron a la mamografía con alteraciones auto-percibidas en sus mamas.	2

En la literatura científica la pertenencia étnica y el acceso a mamografía ha sido estudiada y se comprobó una relación entre menor acceso y minorías étnicas (8). Pero al enfocarse esta investigación en una población de mujeres con el esquema completo de tamizaje para cáncer de mama, esa diferencia étnica no se contempló para la selección de las participantes de la investigación debido a que el caso se aborda desde el punto final del proceso de tamizaje por mamografía. Sin embargo, los elementos culturales que cada mujer posee fueron evidenciados en las entrevistas, vistos en perspectiva con ese final exitoso del proceso de tamizaje.

Hubo que ajustarse a las realidades encontradas en el trabajo de campo a través de los principios de flexibilidad, circularidad y reflexividad de la investigación cualitativa. La reserva hacia los relatos en procura de la privacidad y la consecuente dificultad para acceder a ciertos momentos de los itinerarios, así como desplazamientos hacia zonas rurales distantes fueron parte del proceso. La reserva a la privacidad se sorteó usando seudónimos y reiterando la confidencialidad de los datos, siempre poniendo por delante la posibilidad de finalizar la entrevista inmediatamente; pero nunca se canceló una entrevista. En cuanto a las distancias, el desplazamiento fue un aporte doble a la investigación: primero, porque permitió conocer el contexto real de las pacientes de las zonas rurales, con sus distancias y precariedades económicas; segundo, porque demostró que esas distancias y precariedades no fueron el limitante que desde la ciudad y la literatura parecía ser.

Institución donde se llevó a cabo la investigación

Esta investigación contó con el apoyo de la Empresa Social del Estado (E.S.E.) Red de Salud Ladera de la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), una de las 5 E.S.E. de la ciudad. Esa institución tiene a su cargo toda la zona rural de Cali, así como las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20; para ser atendidos en 38 IPS a lo largo de todo el territorio.

El Hospital Básico Cañaveralejo cuenta desde marzo de 2015 con un mamógrafo digital que está incorporado al plan de tamizaje por mamografía para esa población en asocio con EAPB-E³. Esa aseguradora cubre a 6 de cada 10 pacientes atendidos por Red de Salud Ladera. Entre marzo de 2015 y marzo de 2016 se realizaron más de 1.500 mamografías de tamizaje.

Recolección de información y análisis

El primer objetivo de esta investigación apunta a caracterizar los facilitadores para el acceso a mamografías de tamizaje, por ello se usó la entrevista en profundidad como técnica de recolección de la información (72). Se argumenta en la necesidad de interpretar el sentido que las mujeres hacen de los procesos, eventos, contexto y cómo se transformó en prácticas que llevaron a una mamografía de tamizaje. Entender la subjetividad, la historia personal, situaciones familiares y las situaciones paralelas al periodo entre la detección del síntoma y la recepción de resultados radiológicos hace posible entender las dinámicas a nivel individual e influencia estructural sobre el uso de la estrategia de detección temprana de cáncer de mama. Se complementó con la revisión de elementos documentales (registros médicos suministrados por la paciente o cotejados con los registros de Red de Salud Ladera) que fueron significativos para la reconstrucción de los itinerarios e identificación de los facilitadores. Un ejemplo de ello, es cuando las mujeres confunden los nombres de los

³ Empresa Administradora de Planes de Beneficios que opera en el territorio cubriendo a 7 de cada 10 personas.

procedimientos: una mamografía se confunde con la ecografía o la citología, así como con las fechas de dichos procedimientos.

La entrevista profundidad se define, en primera instancia, como un proceso de conceptualización en tres niveles: 1- mediante la comparación con la conversación en la vida diaria; 2- desde la pluralidad perspectivas y posturas paradigmáticas que la práctica o la reflexión de diversos autores sugiere; 3- a través de algunos modelos teóricos de comunicación e interacción social propuestos para la comprensión de las entrevistas en profundidad. Estas entrevistas las hizo el investigador principal, que contactó a las participantes a través de la E.S.E. Red de Salud Ladera y su base de datos de pacientes, mayoritariamente en las instalaciones de la institución mencionada y en espacios que garantizaron la tranquilidad y privacidad de las mujeres participantes. En tres casos hubo que desplazarse hacia lugares cercanos a las mujeres: una ocasión a una zona rural del occidente de Cali y dos veces en la zona urbana. Tuvieron una duración aproximada de 50 minutos. Las entrevistas se grabaron en formato digital y fueron almacenadas en un servidor web destinado para ello con medidas de seguridad especiales (<http://www.micarpetavirtual.com>). Se utilizó una guía de entrevista que iba de los aspectos individuales, familiares, sobre antecedentes médicos e historial de cáncer, sobre relación con los servicios de salud, sobre conocimientos del funcionamiento del sistema, sobre la mamografía y qué pasaba en sus vidas en ese tiempo, sobre cómo llegó a la mamografía y qué pasó después, sobre la reacción de la familia y otros aspectos relacionados con el tamizaje para cáncer de mama [Anexo 3].

El análisis de las entrevistas, registradas en audio digital, se procesó con la técnica de análisis temático por redes temáticas (73), apoyado con Atlas.ti (Versión 7), en donde se usaron transcripciones puntuales y fragmentos de audio de la información recolectada.

Procesamiento de la información

Esta investigación usó el análisis temático por redes temáticas (73). El primer paso consistió en llevar las grabaciones digitales de las entrevistas a Atlas.ti (versión 7), donde se incorporaron cuatro familias de códigos y 22 códigos que fueron concebidos con base en la literatura sobre el tema y a manera de guía para el análisis de la información [Tabla 2]. Esas Familias de códigos (categorías) y códigos (subcategorías) se aplicaron con el objetivo de construir unos Temas Básicos que se orientaron hacia la identificación de un Tema Global. Sin embargo, en el proceso hay una identificación, reconstrucción y reinterpretación de unos Temas organizativos.

Figura 5. Familias de códigos y códigos con los que se procesaron las entrevistas en Atlas.ti

Familia de códigos	Código
Acceso a la salud	1. Acceso potencial
	2. Acceso real
	3. Percepción de la atención
	4. Uso del mamógrafo
Aspectos contextuales	5. Inquietudes
	6. Problemas
Promotores	7. Acompañamiento de familiares, pareja o amigos
	8. Acompañamiento por personal médico
	9. Antecedentes (experiencia en el tema)
	10. Conocimiento sobre la prueba [desierto]
	11. Miedo
	12. Servicios de salud (promoción de la salud)
	13. Búsqueda activa de anomalías [emergente]
	14. Relativo bajo costo de la mamografía [desierto]
	15. Motivación para mantenerse en el tamizaje [emergente]

Riesgo	16. Aceptación del riesgo
	17. Inseguridad moderna
	18. Inseguridad social
	19. Percepción del riesgo

En la revisión de los itinerarios se identificaron 3 códigos emergentes:

- 20. Agresión por parte de la IPS
- 21. Incertidumbre por desconocimiento del proceso de tamizaje
- 22. Desistir del proceso de tamizaje (“dejar así”)

Posteriormente, se hizo una lectura de los datos por fuera de su contexto narrativo, es decir, se revisaron los datos a partir de los códigos y las familias de códigos con el objetivo de identificar temas emergentes, comunes o significativos que habían sido citados con la ayuda del software. De esa re-lectura fueron extraídos 72 temas que se refinaron hasta lograr 18 temas básicos.

Luego, los 18 temas básicos fueron agrupados en 4 temas organizativos acordes a sus contenidos. Los cuatro temas fueron *riesgo*, *representaciones sobre el acceso a la salud*, *itinerarios* y *expectativas*. Por último, se estableció “Itinerario promotor” como tema global. [Anexo 4].

Aspectos éticos de la investigación

[...] La investigación cualitativa es un proyecto de indagación, pero es también un proyecto moral, alegórico y terapéutico”. Denzin y Lincoln

La investigación cualitativa plantea retos a la ética igual que la investigación tradicional, pero complejiza en cuanto al método, la comunicación y la divulgación de la información.

La forma de interacción con la mujer participante exige una ética comunicativa que representa que ella, en el marco de la democracia, tiene derecho a expresarse libremente, argumentar o replicar (74).

Acorde con los lineamientos que la Escuela de Salud Pública y la Universidad del Valle disponen, esta investigación se acoge a la Resolución 8430 de 1993 y a la Declaración de Helsinki con actualización al año 2013. Por lo tanto, contempla:

1. Valor social o científico de la investigación: es necesario conocer las causas de la baja cifra de mamografías de tamizaje hechas en la Cali (6,62%). La mortalidad por cáncer de seno no mengua en el rango de edad de 30-44 años, desde 1988.
2. Validez científica: buena ciencia. Generar conocimiento con credibilidad, además de un lenguaje cuidadoso para presentar los resultados. Evitar las malinterpretaciones.
3. Selección consciente de los sujetos: se incluyeron a las mujeres que pueden ser beneficiadas del estudio, siempre pensando en los objetivos del proyecto y no en vulnerabilidades.
4. Condiciones de diálogo auténtico: sin ser el objetivo principal, es un espacio político en que las participantes se pueden manifestar.
5. Evaluación independiente: la investigación fue revisada por personas expertas en el tema y no vinculadas a alguna de las instituciones participantes ni tampoco a las pacientes. Asegurando que las personas no serán tratadas como medios, instrumentos u objetos.
6. Consentimiento informado: aseguró que las personas participen en la investigación siempre que ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias. Incluyó información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios potenciales e inmediatos y, sobre todo, la toma de decisión libre. Incluyendo la presencia y firma de dos testigos y entrega de copia del formato a las participantes. (Art 16, Res 8430/1993). El consentimiento informado fue aprobado por las directivas de la E.S.E. Red de Salud

Ladera, además de presentado, explicado y comentado por parte del investigador principal con las mujeres participantes.

7. Respeto a los sujetos inscritos: total reserva de los datos levantados, protección de los datos personales (uso de pseudónimos y levantar solo lo necesario). Compartir los resultados con las participantes de manera personal posterior a la etapa de análisis. Las entrevistas grabadas se almacenaron en el servidor www.micarpetaprivada.com, que tiene el doble de medidas de seguridad para garantizar la confidencialidad y seguridad de los relatos.
8. Las participantes tuvieron libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento.

Identificación de riesgos

- La proporción riesgo/beneficio es incierta al inicio de la investigación. La investigación se hará partiendo de que los beneficios en términos de salud pública son mayores que los riesgos individuales. Implica un monitoreo constante y protección de los datos levantados para preservar la integridad de las pacientes.

Para nuestro contexto, las elecciones, preferencias, estrategias (cómo favores), además de características propias de la personalidad (filiación política, postura ante temas trascendentales, entre otros) puede generar discriminación, introspección crítica y otros efectos negativos para las participantes. Para contrarrestar reacciones emocionales, la psicóloga de la IPS estará en la Institución donde se realizarán las entrevistas y estará informada del proceso para hacer contención emocional y, eventualmente, proceder a hacer acompañamiento al caso.
- Investigación con riesgo mínimo (Art 11. Res 8430/1993)

Beneficios

- Además de los posibles beneficios en términos en salud pública, se espera que la investigación pueda llevar a superar algunas jerarquías locales: P. Ej. La participación comunitaria y su papel en la prestación de los servicios de salud.
- Guías o modificaciones en los protocolos de atención para la población en cuestión
- Generación de conocimiento científico

Lo anterior se consolida en un consentimiento informado que fue leído de manera comprensible para la participante y que eventualmente dio su autorización para el uso de los datos obtenidos con el compromiso, por parte del investigador, de salvaguardar su integridad, dignidad y voz. [Anexo 1]

Adicionalmente, cabe mencionar que este proyecto recibió el aval del Comité de ética de la Universidad del Valle en Junio de 2016 y el Comité de ética de ESE Red de Salud Ladera. [Anexo 2]

Consideraciones del investigador

Soy sociólogo. Laboro en la Fundación para la Prevención y Tratamiento del Cáncer, una ONG que trabaja desde el 2014 asesorando a la Red de Salud Ladera en el mejoramiento de la atención para pacientes en diagnóstico o tratamiento para cáncer de seno y cérvix. Las actividades que realizo son referentes a la coordinación de actividades administrativas (planeación de jornadas de capacitación de personal, adquisición de equipos, entre otros) pocas veces implicando contacto directo con las pacientes. El interés en el tema radica en la necesidad de explorar posibilidades para la mejora en el diagnóstico temprano de cáncer de mama que vayan más allá de las tecnologías en salud, e involucren la perspectiva de las pacientes. No existe conflicto de interés entre la posición del investigador, la institución E.S.E. Red de Salud Ladera y las pacientes.

Ser hombre indagando un tema de mujeres representó un reto desde el planteamiento del proyecto de investigación. Posibles sesgos en la obtención de información eran pronosticados, argumentados en la privacidad y timidez que pudieran tener las mujeres participantes al hablar conmigo. Afortunadamente no fue así: mi estrategia consistió en no preguntar por la privacidad de la mujer, sino hacer una reconstrucción de la experiencia desde los aspectos más generales y conectando con las características sociales (familiares, laborales, etc.) e ir llegando a esos datos específicos cuando la entrevista hubiese roto el hielo. Tuve la oportunidad (la fortuna) de poder hacer énfasis en los detalles. No fue un interrogatorio, sino que hablábamos sobre los temas de la investigación. Un momento en especial evidencia el proceso: en la segunda entrevista una mujer dice que los mamógrafos se los inventaron los hombres, porque una mujer no inventaría algo tan incómodo; tras el comentario y la reacción de risa de ambas partes, comenzamos a hablar sobre cómo debería ser el examen versus la experiencia que ella había tenido.

Mi formación como sociólogo, y las técnicas de investigación aprendidas, me sirvieron al momento de enfrentarme al trabajo de campo. Las fuentes de información estaban por todos lados: al visitar las zonas rurales conocí el contexto económico y los modos de transporte, desmitificando presunciones hechas desde mi escritorio, bien intencionadas, proteccionistas e inapropiadas al conocer los casos a profundidad. Así mismo sucedió al reconstruir la experiencia de las mujeres que requirieron biopsias estereotáxicas en prestadores complementarios. Desde el punto de vista metodológico (y un poco desde el epistemológico) fue evidente que la información no se acababa en la descripción detallada de los eventos por parte de cada una de las mujeres: ambientes (contextos físicos), modos de hablar, situaciones antes y después de las entrevistas, entre otros, enriquecieron la información recolectada.

Criterios de calidad

Con el propósito de ejercer la investigación dentro de los estándares de calidad de los productos científicos, esta investigación considera los aspectos de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (66). La credibilidad se enfoca en que los hallazgos sean coherentes con las percepciones y sentimientos de los proveedores de la información. Es decir, que se reflejen en los datos las realidades de los participantes. En procura de la credibilidad, la investigación se devolvió a las participantes sus relatos y los hallazgos (resultados) al final de la investigación, a través de dos sesiones individuales y una sesión grupal. En esa actividad se entregaron impresos los objetivos, resultados y conclusiones de la investigación en un formato claro y con extensión de 8 páginas. La reacción de las mujeres fue de afinidad al mencionar, especialmente, la gestión que ellas deben hacer en procura de los procedimientos médicos.

La auditabilidad o confirmabilidad se denomina a la capacidad de un investigador para seguir la ruta que el investigador original ha hecho. Toda la información recolectada para esta investigación fue almacenada en un servidor privado y se usaron copias de seguridad para ser procesadas en Atlas.ti. En la unidad hermenéutica se incorporaron los datos crudos (Entrevistas en formato MP3, fotografías de piezas publicitarias, entre otros) y posteriormente se usó el software para incorporar los comentarios pertinentes sobre la evolución del análisis. Adicionalmente, las notas de campo se incorporaron al análisis en la unidad hermenéutica de Atlas.ti a manera de comentarios.

La aplicabilidad o transferibilidad es una cualidad determinada por los lectores del resultado final de la investigación, que pueden ser otros investigadores o tomadores de decisión. Se requiere por parte del investigador una descripción detallada del lugar y las personas donde el fenómeno fue estudiado. Entonces, el grado de transferibilidad depende de la similaridad de los contextos. Esta investigación describe el entorno en el cual se produjo y por ello es útil para los gerentes de las ESE que presten servicios de detección temprana de cáncer de mama, teniendo o no equipos de mamografía.

Resultados

Este apartado se divide en cinco partes: primero está la descripción de las participantes de la investigación y la gráfica del resultado final del análisis temático por redes temáticas. En segundo lugar, se encuentra el itinerario promotor del tamizaje por mamografía. En los apartados tercero, cuarto y quinto están respectivamente los facilitadores, estrategias y sentido que tenía la mamografía en las participantes como tamizaje para cáncer de mama.

I. Participantes y red temática

Las participantes de esta investigación fueron 9 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Al iniciar la investigación se propuso un número máximo de 15 mujeres participantes, sin embargo, el número de participantes estaba orientado en la calidad de la información recolectada y en la saturación del modelo resultante (redes temáticas). A continuación, y en la Tabla 2, se hace un breve resumen de sus características.

1. Elena: Mujer de 52 años que vive en El Hormiguero, corregimiento de ubicado en el sur de la zona rural de Cali, bordeando el Rio Cauca. Ama de casa que vive con su esposo en un entorno urbanizado por su familia: hijos y familia política han llegado a la zona a través de los años y han utilizado los conocimientos que tienen en construcción civil para radicarse en la zona. Su red de apoyo la conforma principalmente su esposo y la hermana de él (cuñada de Elena). Tiene múltiples antecedentes de cáncer en su familia, incluido de mama. Sólo ha estado asegurada con EAPB-E que ha tenido y no presenta comorbilidades.
2. Luz tiene 60 años y vive en un barrio de la zona urbana de Cali, ubicado en la comuna 20. Es modista, vive con su esposo que tiene complicaciones asociadas a tabaquismo (cáncer no confirmado) y le apoya en los procesos de atención en salud por los que está atravesando; por esa misma causa, una de sus tres hijos se devolvió para la casa

materna para estar pendiente de la salud de ellos. Solo ha estado asegurada con EAPB-E que ha tenido y es paciente controlada por hipertensión.

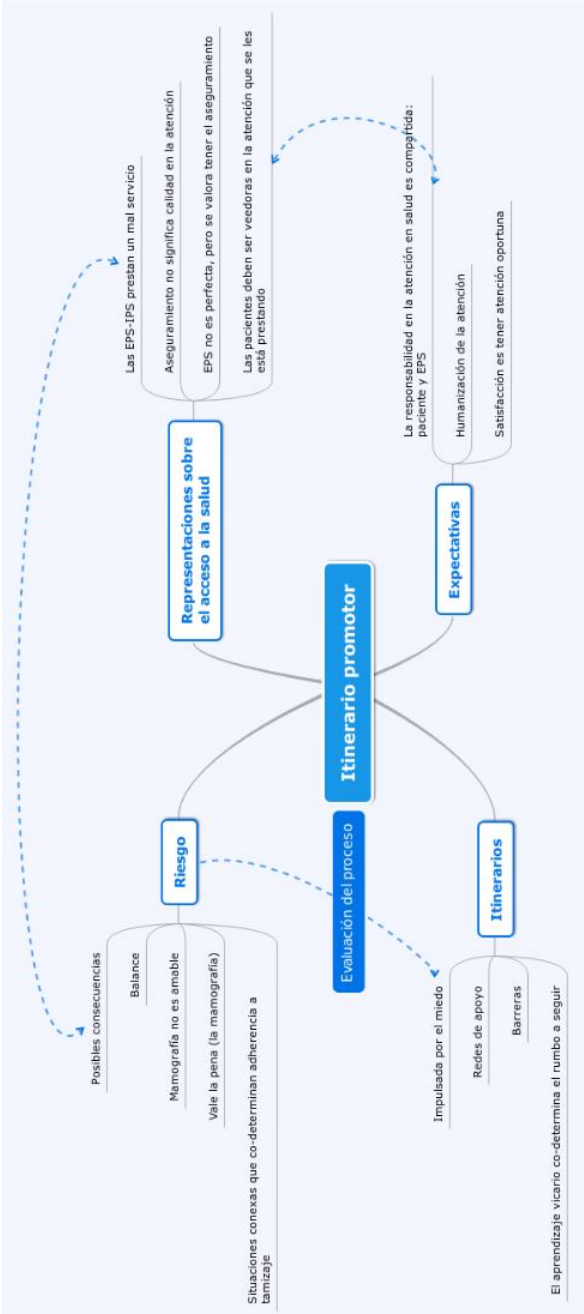
3. Visitación tiene 50 años, vive con su compañero sentimental, cuatro hijos (mayores de edad) de su primera unión y dos nietas; que crió sola a causa del abandono del padre. Vive en la zona alta de Siloé, en un hogar cristiano; en una casa familiar pero sus padres ya fallecieron: su mamá murió a causa de cáncer de mama y su papá por cáncer de estómago. Visitación nació en el Cauca pero su familia se trasladó a Cali a causa de la violencia cuando ella tenía dos años. Toda la vida se desempeñó en ventas ambulantes, aunque actualmente no trabaja.
4. Elvira tiene 56 años y vive en una vereda ubicada a dos horas a pie de la cabecera urbana de Felidia, corregimiento de la zona rural de Cali. Vive con su esposo, que es mucho mayor que ella y su hija menor, que sufre de retardo mental. Tiene otras dos hijas que ya están casadas y viven en la cabecera urbana. Nació en Nariño, en el mismo pueblo que su esposo, él migró a Cali en su juventud y volvió por ella cuando tenía 15 años, desde entonces han estado juntos. Actualmente el esposo no puede trabajar por su avanzada edad. Ella no presenta enfermedades crónicas y se declara en buena salud; es evidente que sus recursos económicos son muy limitados aunque nunca lo mencionó, y cabe anotar que desde su lugar de residencia hasta Felidia puede tomar un transporte que cuesta \$10.000 pesos por trayecto, y para llegar a Cali debe pagar \$8.000 por trayecto.
5. María es una mujer de 50 años que vive en Terrón Colorado, trabaja vendiendo arepas en un puesto ambulante en el mismo barrio. Tiene 5 hijos, dos de ellos mayores de edad. Vive con sus tres hijos menores y su esposo -que no tiene un empleo formal ni estable- en una casa de alquiler. Tiene diabetes e hipertensión, además señala que le hicieron un maleficio que le ha comprometido el pie. Asiste a sus controles médicos puntualmente y está pendiente de su citología, y fue a través de ella que le recomendaron la mamografía por haber llegado a la edad para el tamizaje. No tiene conocimientos ciertos de antecedentes familiares de cáncer.

6. Esperanza tiene 58 años y trabaja por temporadas en donde haya oportunidad. En su casa vive con su esposo, la hija y su yerno. Su hermano murió de cáncer de estómago. Reside en el barrio Terrón Colorado y asiste a programas de promoción de la salud en Red de Salud Ladera.
7. Ligia es una mujer de origen caucano con escolaridad de segundo de primaria, 55 años y vive en el Barrio San Cayetano. Tiene una venta de arepas afuera de su casa que maneja con su esposo, dos hijos y el abuelo de su esposo. Se radicó en Cali definitivamente a los 14 años, dos años antes había iniciado su proceso migratorio.
8. Sam es una mujer de 50 años que vive en el corregimiento de Montebello, zona rural de Cali. Vive con su esposo y tres hijos, una de ellas de 10 años. El esposo es mecánico y los hijos mayores trabajan formalmente pero por cortos periodos de tiempo. Sam participó en una jornada de salud realizada en el marco de un convenio de cooperación internacional, enfocado en detección temprana de cáncer de mama.
9. Sandra siempre ha vivido en Terrón Colorado, tiene 51 años y comparte su hogar con sus dos hijos y su mamá. Trabaja haciendo limpieza en apartamentos, pero no es un empleo estable. Sus hijos trabajan en construcción y ventas.

Figura 6. Relación de participante, edad, nivel de escolaridad y zona de residencia

	Nombre	Edad	Escolaridad	Zona
1	Elena	52	Primaria incompleta	Rural
2	Luz	60	Secundaria incompleta	Urbana
3	Visitación	50	Primaria incompleta	Urbana
4	Elvira	56	Primaria incompleta	Rural
5	María	50	Primaria completa	Urbana
6	Esperanza	58	Primaria completa	Urbana
7	Ligia	55	Primaria incompleta	Urbana
8	Sam	50	Secundaria completa	Urbana
9	Sandra	51	Secundaria incompleta	Urbana

Al analizar las entrevistas a través de los códigos mencionados anteriormente [Figura 5] se extrajeron fragmentos de información que se analizaron por fuera del contexto de la entrevista. Esa revisión a través de códigos y familias de códigos permitió delinear unos temas (72 en total) que al ser interpretados se consolidaron en 18 temas básicos y 4 temas organizativos. Esos temas se presentan este capítulo en el orden y como sustento a los objetivos de la investigación.



II. El Itinerario promotor de la mamografía

La figura 7 muestra el itinerario completo de diagnóstico de cáncer de mama, incluyendo la estrategia de tamizaje por mamografía. Cuando las mujeres llegaron a la mamografía ya habían pasado por el médico general que les había dado orden para el Hospital Cañaveralejo. Este itinerario promotor parte de la labor de médico general que, estando en un Puesto de Salud o Centro de Salud, conoce la ruta de atención, la disponibilidad del servicio e identifica la mujer como potencial paciente beneficiaria. El Prestador Primario complementa a través de la auxiliar de agendamiento del programa de tamizaje, que recibe la solicitud del médico general y agenda una cita articulándose con el área de facturación de Red de Salud Ladera, para posteriormente llamar a la paciente a decirle cuando debe asistir para que le realicen la mamografía.

La segunda visita que realiza la mujer al Prestador Primario es para realizarse la mamografía. Ahí es atendida únicamente por la tecnóloga de mamografía, que realiza la prueba y le da un margen de tiempo en el cual estarán listos sus resultados (15 días). Al salir de la mamografía pasa con la auxiliar del programa de tamizaje, que le agenda la tercera cita quince días después con el médico general para entrega de resultados de mamografía. En esa consulta el médico general determina si la paciente debe repetir el esquema en dos años -en algunas ocasiones menos tiempo- o si necesita pruebas complementarias (ecografía o biopsia).

En caso de resultados carentes de malignidad o duda de malignidad el médico general ordena repetir la mamografía en dos años y la auxiliar del programa de tamizaje genera un recordatorio para Red de Salud Ladera. Cuando hay resultados sospechosos de malignidad el médico se acata a la Guía de Práctica Clínica para cáncer de mama y ordena las pruebas diagnósticas complementarias correspondientes. Si se necesita ecografía, la auxiliar del programa la cita de nuevo en Red de Salud Ladera porque el procedimiento se puede desarrollar en el mismo Hospital Cañaveralejo.

En caso de necesitar biopsia el proceso depende del tipo de biopsia y de la gestión administrativa realizada entre el Prestador Primario y el Prestador complementario. En esta investigación se encontraron tres posibilidades:

1. Requerida biopsia Trucut⁴ y se realiza en Hospital Cañaveralejo. En este caso la mujer no debe gestionar autorizaciones ante EAPB porque todo el trámite se hace internamente entre el asegurador y los prestadores.
2. Requerida biopsia Trucut y no se puede realizar en Hospital Cañaveralejo. Cuando no es posible realizar el procedimiento en el Prestador Primario, por motivos administrativos, la paciente debe requerir a EAPB que le asigne un prestador.
3. Requerida biopsia por Estereotáxia u otra no suministrada por Red de Salud Ladera. En este caso las pacientes debieron acudir a prestador de segundo nivel⁵ donde el médico de un centro de atención especializado en mama revisa la paciente, que lleva la historia clínica de Red de Salud Ladera, y valida la conducta propuesta por el medico primario. Después, la paciente debe llevar las ordenes médicas al asegurador para que le asigne un prestador (proceso de autorización). Por último, en el caso de biopsias especializadas, debe radicar los documentos (incluida autorización) en la institución que realizará el procedimiento según la EAPB.

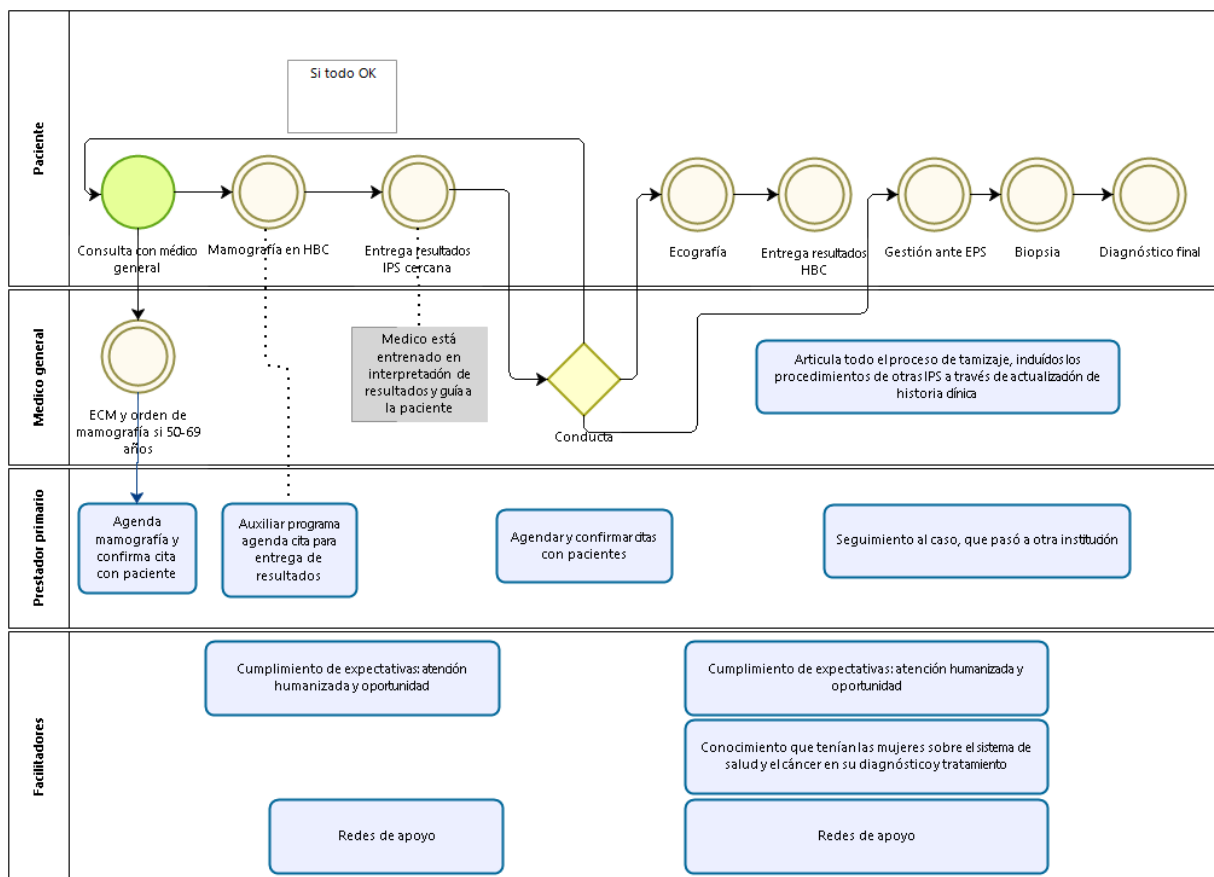
Finalmente, el médico primario hace entrega de los resultados a la paciente. Donde, en caso de malignidad será remitida a un prestador complementario para ser tratada. Si los resultados de las pruebas complementarias son negativos para malignidad, será agendada (por la auxiliar de enfermería) para repetir el proceso de tamizaje por mamografía.

⁴ El tipo de biopsia realizada en Red de Salud Ladera. El análisis de la muestra extraída es analizada en un laboratorio externo porque el Prestador Primario carece de la infraestructura y el personal necesario.

⁵ En algunos aspectos coexisten distintas generaciones de clasificación de prestadores de servicios de salud. Para el caso, a pesar de hablar actualmente de Prestadores Primarios y Complementarios, la EAPB limita el actuar de los médicos al clasificarlos por nivel de IPS: en pocas palabras, un médicos de una IPS de nivel primario no puede ordenar pruebas diagnósticas de nivel secundario.

Cabe mencionar que en todo el proceso de diagnóstico el médico general es el articulador del proceso: conoce la ruta completa y guía la paciente, remite a la auxiliar del programa de tamizaje y mantiene actualizada la historia clínica de la paciente⁶.

Figura 7. Itinerario de diagnóstico para cáncer de mama. Paciente, médico general, prestador primario y facilitadores.
Elaboración propia.



⁶ Función especialmente útil en un sistema de salud de prestación de servicios fragmentados por la contratación.

III. Facilitadores

En el primer objetivo específico de esta investigación se propuso caracterizar los facilitadores para el acceso a mamografías de tamizaje en el marco de la estrategia de detección temprana del SGSSS, entre 2015-2016 en la zona de Ladera de Santiago de Cali; y en ese sentido, ***el cumplimiento del servicio de salud con las expectativas de la paciente*** es el primer facilitador que se identificó. Generadas a partir de las concepciones que tienen sobre la atención y acceso a salud, las expectativas son el conjunto de deseos que las mujeres guardan sobre el servicio que pueden recibir por parte del SGSSS.

a. Concepciones que tienen las mujeres sobre el acceso y uso de los servicios de salud

Las representaciones sociales, entendidas como sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, y que determina las prácticas (73). Esas representaciones están antes que las expectativas y, por supuesto, desde antes que las mujeres se enfrenten a la necesidad de la mamografía. Para esta investigación se usa el concepto concepciones debido a que son estructuras más prácticas, pero igualmente enfocadas a la acción. Para futuras investigaciones, no tanto esta, las representaciones sociales sobre el acceso real o uso de los servicios de salud deben ser analizadas.

Las concepciones orientan la acción y las relaciones sociales. Son un elemento construido y re-construido en la interacción entre conocimiento adquirido por vía experiencial y el transmitido socialmente, que determina las expectativas y respuestas respecto a determinadas situaciones.

A continuación, se muestran las concepciones evidenciadas sobre acceso y uso de los servicios de salud para mamografía de tamizaje y detección temprana de cáncer de mama.

i. Acceso a servicios de salud: Aseguramiento no significa acceso efectivo y calidad en la atención

Las mujeres, todas aseguradas con la misma EAPB, manifiestan que a pesar de tener la cobertura en aseguramiento no se sienten con garantías de recibir una atención con calidad. Se valora el tener la EAPB, pero la cantidad de prestadores y los engorrosos trámites administrativos hacen que las mujeres experimenten una situación de desconcierto e incertidumbre: ¿en caso de enfermedad se comprobará el mito sobre la mala atención que promulgan los medios de comunicación y la cultura popular?

El carné de la EAPB les garantiza la atención en salud, en teoría, y ellas lo saben. Pero al momento de necesitar los servicios solo tienen como referencia acudir al puesto de salud cercano a su residencia. Entre más largo sea ruta para la atención, menos conocen. Entre las mujeres no hay una clara diferencia entre la EAPB e IPS, pues, por ejemplo, la EAPB ha hecho integración vertical en laboratorios o en la IPS le entregan documentos con membrete de la EAPB.

Elena: La única queja que en este momento tengo yo de EAPB E es esa. Porque de lo contrario nunca he tenido problemas. EAPB E ha sido una buena entidad, todos los procedimientos que te tenido... nunca me han dicho "que no la atendemos por esto". No. Mis medicamentos me los han entregado... esa entidad me parece muy buena. Lo único es lo de la radicación [de las autorizaciones] que me parece tenaz. Tiene uno que estar esperando y esperando; mire el caso de allá en el hospital S: nunca me respondieron por lo de la biopsia. El Dr pasó las órdenes y las muchachas me subieron eso a plataforma y hasta ahora eso nunca lo respondieron... donde hubiera sido un cáncer... ¿y yo esperando?

Algo que sí existe es la reputación de las instituciones. Los dos hospitales más grandes de la ciudad que atienden al régimen subsidiado son famosos por su ineficiencia al momento de brindar salud y todas las mujeres tenían una referencia respecto a esos lugares. En síntesis, hay una representación sobre la calidad de la atención brindada por la EAPB y sobre la calidad de los hospitales, pero no hay una representación del funcionamiento del sistema de aseguramiento ni sobre las acciones que, como paciente, se pueden ejercer para reclamar cuando se percibe esa mala atención. Y es que la mala atención es un concepto

vago, pues no se ancla en tiempos u otro indicador, sino en la percepción inmediata y de cada mujer:

Sam: Después de la primera mamografía en RSL [Tamizaje] me dijeron que tenía unos quistes, que me iban a mandar una biopsia. Me asusté un poquito porque yo vi los procesos de mi sobrina y mi hermana y porque yo he vivido las enfermedades de cáncer de mi familia. A uno se le viene a la mente esos procesos, entonces cuando me habló de que había que hacer una biopsia y habían aparecido unos nódulos en los senos... me asusté un poquito. Pero después decía "que me hagan lo que me tengan que hacer". Ese proceso lo viví con miedo, pero con el deseo de que las cosas se dieran para que todo lo que me tenían que hacer, me lo hicieran. Gracias a Dios los médicos de Estados Unidos leyeron la mamografía y la ecografía y dijeron que hasta ahora estoy bien.

ii. La EAPB no es perfecta, pero se valora tener el aseguramiento

No tener aseguradora es una situación que las mujeres desean evitar. A pesar de las filas y trámites, reconocen que es lo único que tienen para protección en caso de enfermedad y desean, en todos los casos, seguir con la aseguradora actual. Para una de las participantes, la EAPB es el “motor” que tienen ella y su familia para la buena salud.

Elena: Yo pienso que el trabajo de la EAPB es velar por la salud de los pacientes. Es como el motor para tener una buena salud, si uno no tiene una EAPB en ninguna parte lo atienden. Si uno acude a la EAPB, ella debe tomar cartas en el asunto sobre lo que uno consulta y tratar de darle el mejor manejo, con diligencia.

Todas las mujeres entrevistadas son amas de casa que alternan esa labor con empleos temporales poco cualificados y sus parejas -en los casos que aplica- son trabajadores sin remuneración fija. Tener la EAPB del régimen subsidiado ha sido su realidad por muchos años, y cuando los hijos de dos mujeres empezaron a trabajar y tuvieron la posibilidad de cambiar de régimen, ellas se negaron. Una de ellas argumentó que el trabajo de su hijo no era estable y posiblemente tuviese que volver al régimen subsidiado, por lo que prefería ahorrarse el trámite de cambio. En el otro caso, prefirió quedarse en su EAPB porque ya la conoce y no desea arriesgarse con otro asegurador y “empezar de cero”.

Sin conocer sobre aseguramiento y movilidad entre régimen, ellas van por lo seguro: prefieren la EAPB que aún con sus fallas ya conocen. Se percibe desconexión entre la aseguradora y el prestador de los servicios posiblemente sea la causa para ser más críticas con las IPS en aquellos casos donde la atención no se percibe con calidad.

iii. Las EAPB e IPS prestan un mal servicio

Hay una construcción de “lo normal” en la atención en salud. Las mujeres consideran que el servicio prestado es malo y se argumentan principalmente en procesos administrativos transversales al proceso médico, donde las autorizaciones son especialmente referenciadas como ejemplo de la mala gestión. Las mujeres no entienden exactamente qué es una autorización, pero reconocen lo que implican: demoras y errores que desencadenan en nuevas demoras. También tienen claro que las líneas de atención habilitadas por el asegurador y el prestador son ineficientes, pues en caso de requerir información, nunca son atendidas y se deben someter a filas en los puntos de atención.

Otra referencia al tema se enfoca en la desconexión que existe entre el asegurador y el prestador, manifestada en las órdenes autorizadas erróneamente o con inconsistencias: procedimientos autorizados en prestadores sin ese servicio, órdenes mal redactadas, códigos de procedimientos (CUPS) inconsistentes, entre otros. Eso genera que las pacientes deban desplazarse entre las instituciones hasta que la inconsistencia se solucione, pero sobrellevando las implicaciones del proceso: madrugadas, filas de muchas horas, malos tratos de parte de los funcionarios.

Las pacientes sienten ansiedad y quedan confundidas con esas situaciones, pero saben que no son buenas para su proceso de atención y sienten que les puede perjudicar.

iv. Las pacientes deben ser veedoras en la atención que se les está prestando

Se encontró que las mujeres no confían en la EAPB en términos de dejar la salud en manos de ellos. En cambio, saben que someterse a un procedimiento en salud implicará una carga administrativa en la procura de esa atención, manifestada en filas, llamadas, reclamaciones, vistas a las instalaciones de las EAPB y gestión con personal de las aseguradoras y prestadores. No se confía en la capacidad del SGSSS para resolver las necesidades en salud que ellas tenían, y en cambio sí confían en la capacidad de gestión propia.

Las mujeres conocen casos y han vivido en primera persona los pasos previos para obtener la atención en salud: autorizaciones, radicaciones, ajustes a los documentos, reclamaciones, solicitudes de citas, valoración por varios profesionales antes del procedimiento; por tanto, saben que la atención no tocará a sus puertas.

Llama la atención que, en teoría, el SGSSS no debería hacer que las mujeres tramiten las autorizaciones, sino que debe ser un proceso interno de las aseguradoras y los prestadores. Las mujeres de esta investigación nunca han, siquiera, oído de ello. Todo lo que conocen es sus capacidades para gestionar y procurar su propia salud.

Teniendo unas concepciones negativas respecto al uso de los servicios de salud, o al menos una idea de que la salud debe ser gestionada por ellas, el facilitador se encuentra cuando ellas ven satisfechas las expectativas que tienen con el servicio.

b. Facilitador 1: Cumplimiento de expectativas

La humanización de la atención y la satisfacción, equiparada por las mujeres con la posibilidad de recibir la atención (consulta médica con oportunidad), incluyendo pruebas diagnósticas para procurar la salud, son las **expectativas** más recurrentes en las mujeres de esta investigación. Un personal de las instituciones que se preocupe por ellas en el plano asistencial (médicos que se preocupen por la persona, el caso y estén pendientes de la evolución), técnico (que las mamografías y biopsias sean realizadas con amabilidad, paciencia y brindando información a las mujeres) y administrativo (que las cajeras les

expliquen con paciencia y con información veraz donde deben ir y cuáles son los pasos para la obtención de la mamografía y los eventuales procedimientos adicionales).

Figura 8. Expectativas.



Desde antes de iniciar el proceso de tamizaje las pacientes manejan unas expectativas respecto al proceso de atención, de una forma global, no enfocada en la mamografía. Es decir, las expectativas se ponen sobre la atención en salud.

Las mujeres, a pesar de no conocer en detalle el funcionamiento de una EAPB, saben que su salud depende de ella. No tienen claros los conceptos de SGSSS o IPS, a estas últimas se refieren como "clínica" u "hospital", pero no como prestador de servicios y su papel dentro de la efectiva prestación de servicios de salud. La responsabilidad de las IPS en el mantenimiento de la salud suele ser menor en relación con las EAPB, pero el impacto en la reputación de las IPS suele ser más agudo.

Algunas IPS de la ciudad tienen reputación de prestar servicios de salud de mala calidad, pero la remisión a esas instituciones no se suele apelar, sino aceptar de mala gana y con resignación. La reputación de la EAPB que asegura las mujeres de esta investigación es interpretada por ellas como buena en general, pero con calidad decreciente a través de los años.

Este apartado se divide en tres temas recurrentes al momento de tratar las expectativas de las mujeres respecto a los servicios de detección temprana de cáncer de mama: humanización de la atención, la co-responsabilidad en la atención en salud y la oportunidad como generadora de satisfacción en la paciente.

i. Humanización de la atención

La atención que esperan y desean es humanizada. Con un médico que se preocupe por ellas y les informe sobre los servicios de salud a los que debe asistir. Un elemento recurrente en las entrevistas es la buena valoración que se tiene de los médicos generales que, haciendo consulta por causas distintas a ginecología (p. ej: control de presión arterial), remita las pacientes a mamografía. Las mujeres percibieron un médico que está interpretándola como importante y está preocupado más allá de la consulta clínica inmediata.

Elena: “La Dra N: muy linda. [...] Esa doctora se merece una condecoración de mi parte o de parte de quienes la manejan porque tiene una calidad humana excelente. Ella ha sido mi canal desde que me mandó desde allá [El Hormiguero] la Dra V. Ella es la que siempre me ha llamado. Muy preocupada, muy preocupada por mi situación. Ella me envió al Hospital S”.

El criterio también aplica para el resto del personal involucrado en la atención: se valora mucho una tecnóloga de mamografía que explique el proceso de toma de esa mamografía antes de aprisionar los senos, que les diga que muy posiblemente les dolerá, que les dé tiempo para recuperarse y continuar en caso de sentir dolor.

Visitación: Me gustó la de acá [mamografía en Hospital Básico Cañaveralejo]. La que pagué en cambio yo la sentí como más dolorosa y por eso me daba miedo hacerme la otra acá. Porque allá [mamografía particular tomada unos años antes] si fue rapidito, por atender a la gente porque estaban pagando... Por atender rápido uy, lo aprietan a uno. Me pareció mejor acá.

Los rumores sobre el inevitable dolor que implica la mamografía se disipan en casos donde la atención es humanizada. El caso de Sandra ejemplifica cómo una atención amable deja una percepción diferente en las mujeres sobre la prueba:

- *A mí me habían dicho que era una máquina que llegaba y le aplastaba el seno a uno y eso le dolía. Yo me fui con temor y todo, sin embargo, el miedo de que yo tuviera algo pues... yo fui... y me fue no más de bien.*

- *¿Quién le decía que eso dolía?*
- *Una amiga. Que me dijo que le habían hecho eso y dolía mucho*
- *¿Cómo fue su experiencia cuando entró al consultorio?*
- *Yo llegué y la muchacha -para qué, amable-, me dijo “vaya, se quita la blusa, el sostén y se pone una bata, y viene acá”. Y sí, cuando llegué a la máquina me hicieron el examen. Se me quitó el miedo.*
- *¿Doloroso?*
- *No. Para nada*

En caso de dolor, se valora la sinceridad y paciencia de la tecnóloga, que explique cada parte del proceso, sea comprensiva y se solidarice con la situación. Ligia enuncia al respecto

- *¿Doloroso?*
- *Sí, eso baja ese aparato así y le estripa a uno. Y así de lado también. Siempre duele. La muchacha era joven, muy formal. Me dijo esto es así y le va a doler un poquito. Muy formal*

No existe una forma estandarizada de atención humanizada, pero las mujeres participantes valoran la comunicación articulada, la previsión del proceso, la explicación de cada paso y la solidaridad de parte del personal médico. Que sea más que un proceso automatizado y objetivado en una ruta de atención, en donde todo el personal de la institución prestadora de salud sepa guiar y acompañar a la mujer en el proceso de tamizaje.

ii. La responsabilidad en la atención en salud es compartida: paciente y EAPB

Las mujeres no se sienten ajenas la responsabilidad en el mantenimiento de la buena salud. Ellas perciben que deben ser activas en la consulta al médico general y además deben seguir las indicaciones que les entregan. La entrega de medicamentos y tener las citas que ellas consideran necesarias es satisfactorio, pues sienten que les prestan atención a sus casos a pesar de no siempre entender el proceso subsecuente en el caso de las imágenes diagnósticas necesarias. Por ello, también se valora que el médico general les explique en detalle qué sigue. La Figura 4 detalla cómo es el proceso de tamizaje para detección temprana del cáncer de mama: no es lineal, sino cíclico, donde las mujeres entre los 50 y 69

años deberán repetir el proceso hasta los 69 años; pasando en por cada uno de los pasos si es necesario, o llegando hasta el tercero para volver iniciar en dos años.

Ligia: "A mí me revisó la doctora... no me acuerdo. Pero en todo caso a mí me revisaron dos veces. Y me revisó... pero en todo caso lo único fue eso: que tenía dos quistes, pero pequeñitos".

Luz: "Ella [la auxiliar de enfermería del programa] me llamó porque mi mamografía había salido como grave... como lluviosa. Como algo que no se veía bien. Entonces me mandaron la ecografía y que volviera como ... eso no hace ni un mes. Entonces ella [la médica general] volvió y me revisó y dijo que no había nada malo, me dijo que pidiera cita para enero para llevar un control".

Las mujeres se perciben a sí mismas como veedoras del proceso y co-responsables de los resultados en salud. Sienten que deben estar pendientes de ir a la EAPB a hacer las autorizaciones necesarias, presionar para que les brinden los servicios y acogerse lo más fielmente posible a las recomendaciones médicas so pena de ver deteriorada la salud, bajo su responsabilidad. Es acá cuando se ven las mayores deficiencias de la EAPB, pues las mujeres declaran que no contestan las líneas telefónicas de atención, que las autorizaciones son procesos tortuosos, largos y lentos al punto de que se resuelven cuando ya no son necesarios o es muy tarde. Las pacientes entran en una situación apremiante, pues sienten que deben ser diligentes con su salud y prestarse a hacer los trámites administrativos necesarios como parte de su co-responsabilidad en salud, pero sabiendo que la atención no será oportuna y que los trámites les implicarán afectaciones en sus roles familiares.

Elena: "Ella [la sobrina] no puso de su parte. Porque ella casi no obedecía las órdenes del médico ni las recomendaciones que yo, por ejemplo, que era la que andaba con ella y la llevaba y traía del médico le decía. "Cuidáte así, que no comás esto"... O sea, hacia todo lo contrario a lo que se le recomendaba que hiciera, entonces la enfermedad le cogió fuerza.

De pronto no fue porque los médicos cuando ya la trataron... de pronto no fue negligencia de los médicos, no. La primera parte fue negligencia de [EAPB] porque cuando yo fui a pelear allá y autorizaron la enfermedad ya estaba [avanzada]. Pero cuando la trataron los médicos fueron excelentes, pero ella no se acataba a las órdenes que los médicos le daban.

Que no fue lo que sucedió con mi hermana, que a ella los médicos le decían cómo cuidarse y ella fue muy estricta: ella no se trasnochaba, no se serenaba, se cuidó al máximo. No llevaba sol. Entonces ella se salvó".

iii. Satisfacción es tener atención oportuna

Otra expectativa es tener una atención de calidad en los tiempos que se consideran adecuados según el criterio de las mujeres. Ellas no conocen las guías de práctica clínica, pero a través de su experiencia personal o conocimiento vicario han establecido unos márgenes para medir si el proceso de tamizaje está por buen camino o no. Salen a flote conceptos como *diligencia*, refiriéndose a la capacidad potencial de la EAPB e IPS para procesar su caso y enviarla a casa con la tranquilidad de estar sana.

Luz: La mamografía me la hice hace como mes y medio. Como a los 15 días me llamó la Dra. me llamó para mandarme la ecografía porque veía la mamografía como rarita; Eso fue ahí mismo, imagínate que yo vine el mismo día que ella me llamó, pedí la cita y me la dieron para el viernes, eso fue la misma semana que me sacaron la ecografía. El viernes ella me vio y me dijo que tenía que seguir en un control.

Cuando esa expectativa no se cumple inicia la inconformidad con el servicio. Ninguna de las mujeres se detuvo al encontrar barreras en los trámites burocráticos, pero reconocen que existe. En los casos de esta investigación la gestión por parte de la IPS y su cuerpo médico ayudó a solventar la crisis que genera el sistema de autorizaciones y la dilatación generada por la asignación de prestadores para servicios complementarios (biopsia) y la asignación de cupo en esas instituciones.

Elena: Ahora le suben eso a uno en plataforma y le dicen "espere 10 días". Y uno llama y no contestan. Y si contestan dicen "vuelva a llamar". O "venga" y uno va y no hay resolución de lo que le están tramitando a uno. Entonces uno viene quedando en espera, en espera y en espera. Hasta que a uno le pasa lo que me iba a pasar a mí: que la Dra. N me iba a mandar una biopsia, que afortunadamente no necesité porque los médicos de EUA me dijeron que no había necesidad, pero si eso hubiera sido de vida o muerte... entonces ya me había muerto, porque cuando sale la resolución esa ¡¿ya para qué?! Entonces en ese sentido están fallando, porque le dicen a uno que vaya a radicar... y mientras tanto la enfermedad va avanzando.

En síntesis, la expectativa sobre el proceso de tamizaje y la atención que van a recibir es la primera línea que se consolida -o trunca- cuando se usan los servicios de detección temprana de cáncer de mama. No hay expectativas unificadas y las mujeres entrevistadas se encuentran en niveles diferentes de conocimiento sobre los procesos de atención, pero

comparten una valoración por la atención humanizada y la guía en el camino. Aquellas que más conocimiento tienen sobre el funcionamiento del SGSSS lo deben a experiencias anteriores que les implicaron contacto previo con la EAPB, y ello hace que sus expectativas estén enfocadas a una atención con calidad. Mientras que las mujeres que tienen menor experiencia están más enfocadas al número de citas y a la espera de la guía del personal de salud. El cumplimiento de esas expectativas es un facilitador para completar el proceso de tamizaje por mamografía.

c. Facilitador 2: Conocimientos y habilidades en el sistema de salud

El segundo facilitador fue *el conocimiento que tenían las mujeres sobre el cáncer en su proceso de diagnóstico y tratamiento*. A través de conocimiento vicario, las mujeres tenían referencia de qué podían hacer, dónde podían ir y hacer una evaluación de su caso; ese conocimiento era el faro para identificar las amenazas a poder completar el proceso de tamizaje. Tener las experiencias exitosas y fallidas -sobre todo las segundas- les permitió actuar cuando una alerta se prendía anunciando un evento o situación contraproducente para la propia salud.

i. El aprendizaje vicario co-determina el rumbo a seguir. “Vivo la situación, aprendo, repito”.

El conocimiento sobre el cáncer de mama, que incluye las estrategias para detección (y detección temprana) se reconstruye constantemente. Así mismo, se ajustan las estrategias de afrontamiento a cada uno de los eventos que conlleva el proceso diagnóstico.

Esos casos de cáncer en la familia, más cuando son casos de cáncer de mama, son establecidos como referentes para la comparación de los síntomas y los procesos de diagnóstico. Haber tenido la experiencia en la familia o como cuidadora sensibiliza a las mujeres respecto al cuidado de la salud y potencializa la diligencia para someterse a los

procedimientos de detección temprana; y hace que los síntomas sean experimentados con mayor tensión e incertidumbre.

Luz: "En ese sentido yo no me descuido: yo me estoy tocando, que no me duela, me acuesto boca abajo y no siento dolor. Porque las enfermedades no se desarrollan ahí mismo, cuando se ven ya está el daño. Vea mi esposo: hace cinco años dejó de fumar pero cuando dejó de fumar la enfermedad se le parrandió porque los pulmones ya estaban tapados. Las cosas son así. Como dijo el neumólogo: dejaste de fumar pero ya tenés el daño. Es como el cáncer: está el óvulo y va madurando y madurando, entonces por eso es que uno debe estar pendiente".

Esas experiencias previas sirven para tener un panorama amplio de la situación. Al haber vivido el ejemplo en paralelo con otros pacientes, ya se tienen instituciones referenciadas (IPS o EAPB), trámites necesarios, pruebas clínicas, tratamientos y sus implicaciones, tiempos de atención y estrategias para superar las barreras. Al tener todo lo anterior, las decisiones se toman tratando de emular lo favorable de esos casos y evitando o reaccionando con alerta ante la repetición de los eventos interpretados como desfavorables (demoras por parte de EAPB o IPS, acciones contraproducentes por parte de la paciente, entre otros).

Elena: Primero se lo detectaron a mi sobrina: tenía una masa cerca a la axila. Por negligencia de la EAPB [del régimen subsidiado, ya liquidada] a mi sobrina le botaron los papeles. Los dejó allá para autorizar y le botaron los papeles, se le demoraron mucho en el proceso y el cáncer le cogió fuerza y entonces le quitaron la mama... y no [SIC] el tratamiento y entonces mi sobrina falleció.

Pero a los días, casi al tiempo que el proceso de mi sobrina, le salió a mi hermana, pero con ella fue más rápido porque ella es [otra EAPB del RS que continúa funcionando] entonces con mi hermana fue más rápido que lograron sacarle la masa y someterla al tratamiento de la quimio, la radioterapia y entonces ella se recuperó. Actualmente estamos disfrutando de su compañía, lo que no fue con mi sobrina.

Ella murió hace como tres años. Pero el proceso de ella duró como cinco años. Dos luchando con la enfermedad y tres que hace que murió.

El aprendizaje vicario es una herramienta que puede ayudar o contrariar los procesos de búsqueda de atención en salud. La diferencia radica en la calidad de la atención de los casos previos y la percepción que el entorno social tiene de esa atención; esos casos "referencia" son el contraste para medir el avance del proceso personal y sirven de mapa para establecer

la ruta hacia donde se quiere llegar, y, por supuesto, para tratar de evitar los itinerarios que no aportan positivamente.

d. Facilitador 3: Redes de apoyo

El tercer facilitador fueron las **redes de apoyo**. Esas redes movilizaron tres tipos de recursos, enunciados de mayor a menor: acompañamiento, contención emocional y recursos económicos. Tener personas de confianza cerca para pedir consejo y obtener compañía para las madrugadas a los hospitales o largas esperas fue muy importante para estas mujeres en el proceso de completar el esquema de tamizaje. Esas redes se constituyen principalmente por miembros de la misma familia, usando vínculos de parentesco para argumentar las ayudas; las redes sociales sirven como contención para la ansiedad generada por la prueba y el imaginario sobre el cáncer de mama, así mismo, ayudan a canalizar el miedo y promueven la asistencia a las citas médicas. Los recursos económicos inmersos en los casos analizados fueron pocos en comparación con eventos similares en otros países: el gasto de bolsillo se limitaba a proveer dinero para transporte, fue poco y nunca se mencionó como una barrera; en caso de necesitar los recursos, eran los esposos o los hijos varones los principales proveedores. Ese gasto de bolsillo, en detalle, no se percibe por las mujeres como inversión en la salud propia, sino como requisito para el cumplimiento de la orden del médico.

Las redes de apoyo son reconocidas como estrategia para afrontar momentos de crisis. Sin embargo, aún sin la crisis -de manera evidente, fue la familia la principal red de apoyo para afrontar el proceso de tamizaje. Las familias aparecieron en casi todos⁷ los casos como promotores de la mamografía y como un facilitador.

⁷ En el caso de una de las participantes ella no informó absolutamente nada a la familia respecto a la mamografía. Al ahondar, la mujer menciona que nunca comenta nada personal con su familia (hijos o conyugue). Dice la mujer que ella informaría si tiene cáncer, pero que no le gusta compartir su intimidad y se debe a cuestiones de confianza dentro de la familia, quebrantada a causa de una

El papel de la familia inicia desde antes de la mamografía. En el “intervalo de diagnóstico⁸”, definido por Scott (58), las familias fueron clave para que la paciente se mantuviera en los procesos de agendamiento de citas para la mamografía, remisión a procesos adicionales de ecografía y, sobre todo, se mantuviera en el proceso para obtener biopsias.

No todos los procesos diagnósticos son ofrecidos en Red de Salud Ladera: las biopsias por estereotáxia son ofrecidas por instituciones de nivel 3, que requieren alta tecnología y personal altamente capacitado para realizarlo. El costo de esa biopsia puede triplicar o más el costo de una biopsia trucut guiada por ecografía, por lo que la EAPB envía todos los casos de la ciudad a unos pocos prestadores.

Acceder a esa biopsia implicó un proceso largo para una de las participantes: las autorizadas de la EAPB no sabían cuál era el prestador indicado y la paciente tuvo que reiniciar dos veces los trámites. Se gastó 4 meses para completar el esquema de tamizaje y confirmar que no tenía cáncer. Para ella, especialmente, pero también para las demás mujeres, la familia las alentaba a continuar. También se hacía contención cuando atacaba el pánico o cuando la depresión sobrevenía; la familia le bajaba el tono al miedo que generaba un eventual diagnóstico de cáncer.

Ese apoyo se materializaba en acompañamiento, soporte emocional y en soporte económico. Funcionan como recurso adicional al aseguramiento, que puede no llegarse a usar pero brinda una ventana, una opción para las mujeres en el proceso de tamizaje.

Esas redes de apoyo se constituyeron a partir de la cercanía física y social; alrededor del parentesco, pero se perciben más fuertes cuando la residencia y los espacios comunes confluyen, llevando a que los intercambios sean más intensos y sean más favorables para las mujeres que se enfrentan al proceso diagnóstico.

infidelidad del esposo que le desenlazó en una maldición de origen mágico (la historia clínica dice que es diabética e hipertensa, controlada en ambas patologías y asiste regularmente a los controles).

⁸ Es el período de tiempo entre la primera consulta con el prestador de servicios de salud y la confirmación diagnóstica, donde se desarrollan los procesos de acercamiento al prestador de servicios de salud, investigaciones al respecto, remisiones y citas médicas.

Elena: *Mi familia está compuesta por mi esposo y cuatro hijos. Pero mis hijos todos tienen sus respectivos hogares. Ahorita yo quedé viviendo sola con mi esposo, viviendo cerca de mi cuñada adorada. Ella ha sido un apoyo para mí en muchas cosas, en cuanto a mis enfermedades. Para todo el proceso que yo he vivido con mi enfermedad ella ha sido un apoyo.*

Vivimos ahí pegaditos. Es como una tira familiar: acá vive ella, acá la casa materna donde vive mi mamá, al lado vivía una cuñada pero vendió y al lado vivo yo. Enseguida vive ella y al otro lado vive el hijo. Todos estamos así como en una colonia.

En el relato anterior se aprecia que la consanguinidad se pone en segundo lugar respecto al parentesco en general y su capacidad para movilizar recursos: los hijos tienen su vida y el conyugue sus ocupaciones. Pero es la cuñada quien acompaña a la entrevistada a sus citas médicas y, de hecho, la acompañó a la cita para la entrevista de esta investigación. En general las redes sociales proveen en primer lugar acompañamiento, luego soporte social y en última instancia, ayudas económicas. También hay diferencias entre los recursos que fluyen a través de la red y el género: el acompañamiento lo hizo siempre otra mujer, el soporte social se hacía entre toda la familia y las ayudas económicas eran superiores de hombres a mujeres, aunque la diferencia no es muy marcada.

e. Impulsadas por el miedo

Sin ser un facilitador y sí un elemento de persuasión, el **miedo** lleva a las mujeres al límite a partir de incertidumbre y las impulsa a consultar y terminar el proceso de tamizaje bajo el riesgo de perder su vida y poner en juego la estabilidad de su familia en caso de no acogerse a la estrategia de detección temprana y desencadenar en un cáncer. A falta de conocimientos sobre la enfermedad, opciones sobre tratamiento y derechos como paciente, la respuesta de las mujeres se elabora sobre lo que el médico general les propone: hacerse una serie de pruebas diagnósticas que no le serán explicadas o arriesgar sus vidas por un eventual diagnóstico de cáncer.

A pesar de ser fatalista y haber abordado el tema previamente en el apartado de Riesgo, el miedo resultó además ser un elemento importante dentro del itinerario. El miedo fue uno

de los motores para terminar el proceso de tamizaje debido a que las mujeres participantes de esta investigación conocían las implicaciones de un diagnóstico de cáncer, aunque su conocimiento fuese parcial y no tuvieran información en detalle sobre los tratamientos y las probabilidades de supervivencia acorde a los estadios.

Sam: Yo le dije: '¿Cómo así, yo tengo cáncer?' Y ellos me dijeron no, tiene es unos nódulos. Yo me sentía nerviosa porque me iba a someter a todos los exámenes... que fuera la mano de Dios... Sí: porque si yo tengo una enfermedad por no aceptar que la tengo no voy a sacar nada [resolver nada], cada día me voy a empeorar más. Entonces si hay un diagnóstico que le sale a uno malo, se puede poner en tratamiento y puede seguir adelante. Eso pienso yo. No voy a negar que siempre sentí miedo. [...] el miedo me empujaba [a terminar el proceso]... y la niña que tengo de diez años.

Las referencias de casos de cáncer de mama -u otro cáncer- implicaban un desenlace fatal asociado a diagnósticos tardíos, trámites burocráticos complicados y deterioro de la salud de los implicados. Con eso en mente, las opciones de las mujeres se limitaban a esperar un desenlace de ese tipo o moverse en sentido contrario en búsqueda de un diagnóstico temprano en procura de su salud. El relato anterior ejemplifica: se mezcla el miedo con la fe, moviéndose en procura del bienestar propio y el de la familia. Conocen las implicaciones de un diagnóstico y sus agresivos tratamientos, pero se aferran a la posibilidad de salvar su vida.

Elena: "Después de la primera mamografía en RSL [Tamizaje] me dijeron que tenía unos quistes, que me iban a mandar una biopsia. Me asusté un poquito porque yo vi los procesos de mi sobrina y mi hermana y porque yo he vivido las enfermedades de cáncer de mi familia. A uno se le viene a la mente esos procesos, entonces cuando me habló de que había que hacer una biopsia y habían aparecido unos nódulos en los senos... me asusté un poquito. Pero después decía "que me hagan lo que me tengan que hacer". Ese proceso lo viví con miedito, pero con el deseo de que las cosas se dieran para que todo lo que me tenían que hacer, me lo hicieran."

IV. Estrategias

El segundo objetivo de la investigación propone analizar las estrategias que las mujeres utilizaron para contrarrestar sus limitaciones económicas, educativas, informativas y de acceso a los servicios para obtener una mamografía de tamizaje en el marco de la estrategia de detección temprana del SGSSS, entre 2015-2016 en Santiago de Cali. Esas estrategias parten del conocimiento que las mujeres tienen sobre el sistema: “las EAPB-IPS prestan un mal servicio” y desde ahí comienzan a ejecutar acciones específicas para procurar su salud.

La primera estrategia es la *comparación de su situación en con los casos que se conozcan* con patologías similares, que se consigue a través del conocimiento vicario adquirido: aquellas con más experiencia en el manejo de los trámites administrativos asociados al tamizaje tendrán mayor conocimiento y más recursos para responder ante una barrera en el proceso de atención. Como se menciona anteriormente, el aprendizaje y conocimiento vicario co-determina el rumbo a seguir; las mujeres hacen un balance de cuáles son sus opciones para recibir la atención en salud (centro de salud más cercano Vs complejo de salud de alta complejidad) y ese conocimiento les permite evaluar constantemente cómo va su propio proceso respecto a las experiencias del pasado.

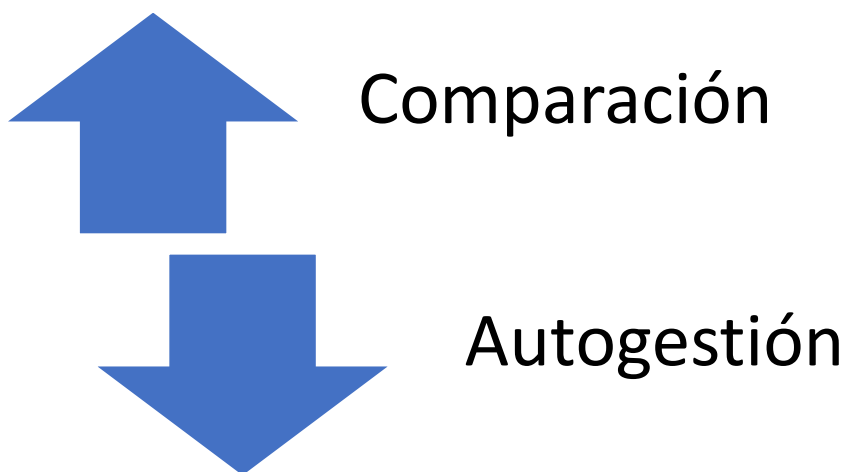
Elena: Primero se lo detectaron a mi sobrina: tenía una masa cerca a la axila. Por negligencia de la EAPB [del régimen subsidiado, ya liquidada] a mi sobrina le botaron los papeles. Los dejó allá para autorizar y le botaron los papeles, se le demoraron mucho en el proceso y el cáncer le cogió fuerza y entonces le quitaron la mama... y no [SIC] el tratamiento y entonces mi sobrina falleció.

Pero a los días, casi al tiempo que el proceso de mi sobrina, le salió a mi hermana, pero con ella fue más rápido porque ella es [otra EAPB del RS que continúa funcionando] entonces con mi hermana fue más rápido que lograron sacarle la masa y someterla al tratamiento de la quimio, la radioterapia y entonces ella se recuperó. [...] Por eso yo me asusté tanto cuando me mandaron la biopsia y nada que me llamaban para hacérmela.

La segunda estrategia aparece en la investigación como producto de una concepción que tienen las mujeres respecto al acceso a la salud y expectativa en la atención: *ellas mismas deben estar pendientes de su proceso: autogestión*. Llevar ordenes médicas para que sean

autorizadas, llamar a líneas telefónicas congestionadas para revisar el avance, trasladarse a oficinas de atención al usuario -que están saturadas-, dirigirse al prestador a llevar ordenes autorizadas, luego repetir el proceso anterior en la IPS y espera a que le asignen cupo para el procedimiento. En caso de no obtener respuesta, volver al hospital primario a pedir ayuda. Este desgastante proceso consiste en tocar todas las puertas posibles en procura de la atención, y es necesario mencionar que dicho largo proceso al menos está visualizado de manera completa para aquellas mujeres que han tenido experiencia en trámites similares: para muchas otras cada paso puede significar un callejón sin salida. En caso de aparecer ayudas, como un programa de navegación, se reducen los trámites y se incrementa la información personalizada sobre el tema, pero se mantiene el papel de ellas como veedoras del proceso. En pocas palabras, las mujeres deben gestionar su salud.

Ilustración 9. Estrategias



En síntesis, la comparación de los casos les permite consolidar lo aprendido y beneficiarse de la experiencia en el presente proceso de tamizaje, mientras que la autogestión procura evitar los eventos percibidos como desfavorables del pasado y obtener un mejor resultado en salud a futuro. Las dos estrategias procuran, hacia atrás y hacia adelante, una mejora en la salud.

Por otro lado, la comparación del proceso con experiencias propias o cercanas de situaciones similares respecto a la atención en salud y la autogestión en procura de la salud son respuestas a un fenómeno presente en los itinerarios: las barreras.

i. Barreras: Más complejas de lo que parecen

Al hablar del itinerario se debe mostrar el paisaje completo. A pesar de ser casos exitosos para la estrategia de tamizaje por mamografía las barreras estuvieron presentes y fueron una realidad afrontada por ese grupo de mujeres. El aseguramiento, la disponibilidad de los equipos, el personal médico a disposición y el bajo gasto del bolsillo no salvan la existencia de las barreras.

Respecto al tamizaje por mamografía, las barreras se encuentran en las implicaciones de uso de la máquina y las probabilidades de un diagnóstico no favorable. El dolor es una barrera común entre las entrevistadas, aun cuando no habían tenido una mamografía previa. En el imaginario de las mujeres estaba la prueba como un proceso doloroso.

También hay miedo a la máquina, que nunca han visto y solo tienen referencia del dolor que va a generar. Por supuesto, todas las participantes superaron la barrera, pero no significa que deba pasarse por alto: es posible que para muchas otras mujeres eso haya sido un filtro que las dejó por fuera del esquema de tamizaje y la posibilidad de un diagnóstico temprano.

En los casos de mujeres que perciben alguna anomalía en sus senos (sensibilidad, dolor, etc.) el miedo tiene otro nivel de intensidad: la perspectiva de salir lastimada de la prueba y la ansiedad por la interpretación que las mujeres hacen de su situación aumenta la barrera. Pero sin duda, la barrera más intensa es el miedo al cáncer y sus consecuencias para la vida: enfrentar un proceso de diagnóstico y el impacto en la vida personal, incluido el itinerario terapéutico (quimioterapia, radioterapia y cirugía).

Cabe mencionar que ninguna de las mujeres entrevistadas mencionó el gasto de bolsillo como una barrera para el proceso, ni siquiera aquellas mujeres que requerían ayudas diagnósticas adicionales y múltiples citas médicas.

V. Sentido

Con el ánimo de conocer a fondo la relación entre las mujeres y la prueba de tamizaje, el tercer objetivo específico de la investigación buscó interpretar el sentido que las mujeres otorgaron a la mamografía y como desencadenó en prácticas que llevaron a completar el proceso diagnóstico. Para las entrevistadas la mamografía no se valora desde sus posibilidades tecnológicas para detectar lesiones en las mamas que son imperceptibles al tacto o la vista en pro de un diagnóstico temprano, sino que se recibe la orden de mamografía como un requisito que viene del médico tratante -en todos los casos respetados y valorados sus conceptos profesionales- y que se debe cumplir. El *fin* de la mamografía es el cuidado de la salud por orden del médico, que a su vez busca que ellas estén sanas.

La mamografía, como *medio*, se interpreta como algo doloroso e incómodo, además de desconocido o al menos abstracto. El dolor que se espera de la prueba es la principal referencia al tamizaje, pero no se conocen los detalles previos al ingreso a la sala de mamografía. Las expectativas sobre la prueba son similares a las expresadas para otros procedimientos médicos: se prefiere una atención humanizada y con oportunidad.

El sentido de la mamografía se construye también con base al riesgo que genera un potencial diagnóstico de cáncer de mama. A pesar de ser incómodo, se ve como algo que “vale la pena” si se quiere disminuir la probabilidad de tener una complicación a futuro, como aquellos casos trágicos de cáncer que conocen en sus contextos.

a. Riesgo en procura de la salud

“Cuando la gente estima una tabla de valores y no advierte ninguna amenaza contra ellos, experimentan bienestar. Cuando estima unos valores y advierte que están amenazados, experimenta una crisis, ya como inseguridad personal, ya como problema público. Y si ello afecta a todos sus valores, experimenta la amenaza total del pánico”. C.W. Mills

Figura 10. Riesgo en procura de la salud



En nuestras sociedades hay actualmente dos tipos de protecciones: las protecciones civiles que garantizan las libertades fundamentales y seguridad de los bienes y de las personas en el marco de un Estado de Derecho; y las protecciones sociales “que cubren contra los principales riesgos de capaces de llevar a una degradación de la situación de los individuos, como la enfermedad [...] que puede culminar, en última instancia, en la decadencia social” (76).

En las entrevistas se percibió que había factores que limitaban o impulsaban -en relación con el caso de cada mujer- a terminar el proceso de tamizaje por mamografía. Ser sana

asintomática o sana con síntomas auto-percibidos era un estado que implicaba, en su momento, bienestar; pero someterse al tamizaje o consultar al médico general y manifestar las “molestias” para que se convirtieran en síntomas implicaba poner en juego esa situación de bienestar. Era un riesgo.

Se identificaron cinco temas básicos en los relatos de las mujeres respecto al riesgo: Situaciones conexas que influyen en la adherencia al tamizaje, Posibles consecuencias, Balance, Mamografía no es amable y Vale la pena la mamografía.

i. Situaciones conexas que influyen en la adherencia al tamizaje.

Al acudir al proceso de tamizaje entran en juego factores y actores que influyen en la toma de decisiones: la familia, el círculo social y las interacciones en las instituciones prestadoras de servicios de salud. A manera de inicio, se debe plantear que la mujer no llega al tamizaje sin información: los pares habían diseminado información sobre la mamografía, que ahora es una realidad que se mira a través de esos relatos. Esa información circundante no solo llega a oídos de la paciente, sino también a sus familiares.

El temor estaba en las casas de las mujeres durante el proceso de tamizaje, pues la atención en salud y la mamografía indirectamente se asocia al cáncer como consecuencia última. Para aquellos casos donde las mujeres necesitaban pruebas complementarias (ecografía o biopsia) el temor era mayor.

Sam: “Yo a ellos [los hijos] los vi como asustados. Mi hija me decía ‘Ay amá, yo espero que usted no tenga nada pero pues...’, yo la sentía a ella asustada. Porque usted sabe que el cáncer, a la persona que se lo lleguen a detectar, se asusta. Y más la familia, porque dicen ‘se va a morir’”

Visitación: [...] “Me fui [desde Cañaveralejo] hasta Siloé y allá me dijeron que en diez días me llamaban para darme la cita. Cuando de pronto me sonó el celular y era del Cañaveralejo a decirme que tenía una cita pendiente, que tenía que ir y me atendieron rápido.

Yo me asusté, yo pensaba “por qué será que me la van a hacer rápido. ¿Será que tengo algo? Yo me senté a llorar”

La sala de espera para la mamografía se convierte en el espacio de interacción de esos mitos y miedos que tienen las mujeres. Historias sobre lo que pasará en la sala y sobre casos de mujeres que “estaban sanas y después de la mamografía se murieron de cáncer” hacen que se respire ansiedad. No tienen información clara sobre cómo será el examen. Tampoco han oído sobre los efectos potencialmente nocivos (radiación o alto número de falsos positivos) que se le atribuyen a la prueba en otros países. Visto desde la IPS, en la sala de espera no hay más que vacío y las mujeres deben aguardar, y esos vacíos se llenan de historias que predisponen para la toma de la mamografía.

Desde otra perspectiva, los recursos económicos son limitados, pues las mujeres y sus familias tienen trabajos poco cualificados y en empleos inestables o informales. Sin embargo, la economía nunca se expresó como una barrera para acceder al tamizaje. Ni siquiera cuando se hablaba de las incomodidades al momento de tramitar autorizaciones se hacía mención del gasto de bolsillo.

ii. Posibles consecuencias

Para las mujeres, iniciar el proceso de diagnóstico, en sí mismo, significó asumir un riesgo en varios sentidos. Por un lado, se puso en cuestión la normalidad de su estado de salud al haber asistido y atendido la recomendación médica sin síntomas autopercebidos, pudiendo desencadenar en nuevos exámenes y eventualmente una enfermedad. Por otro lado, todas las mujeres participantes de la investigación son trabajadoras (al menos informalmente) y aportan recursos económicos para el sostenimiento de los hogares, siendo la incapacidad de colaborar con el mantenimiento del hogar y, llegado el caso, faltar a su familia, dos de las consecuencias que se evaluaron al momento de someterse al tamizaje.

Preocupa el impacto que puede tener el cáncer en el bienestar de la familia, especialmente la afectación social de dejar a los hijos desprotegidos. Es una amenaza para la vida y el futuro de la familia.

iii. Balance. “Elegir el menor de dos males”

Tomar la decisión de contarle al médico no es un proceso espontáneo. Implica que en adelante las mujeres tendrán una situación en salud (¿problema de salud?) que ya fue objetivada por el criterio médico. Acudir al médico por una molestia en los senos o solicitar y aceptar la orden de mamografía implica un balance de lo sucedido hasta el momento y una proyección hacia el futuro propio y de la vida familiar.

Ese balance podría denominarse fatalista, debido a que el referente para evaluar cada paso es la peor de las situaciones: cáncer y posterior muerte.

Elena: “La verdad es que cuando me van a hacer algo en mi cuerpo para bien mío no me da miedo. Me da miedo que no sepa que es lo que tengo. Yo prefiero pasar por ese procedimiento pero que haya un tratamiento a tiempo”.

Sin embargo, ese balance es relativo a la situación que se esté viviendo, los datos que tenga la mujer y los conocimientos vicarios. Cuando se trata del tamizaje, las mujeres hacen un balance que es positivo hacia la mamografía en comparación con el riesgo de un cáncer de mama. El balance es incómodo, pero se contempla el cáncer como *posibilidad* real.

Pero al preguntar sobre el tratamiento en caso de un diagnóstico confirmado de cáncer las respuestas varían: algunas se acogerían al tratamiento, donde la quimioterapia y la pérdida de cabello son la referencia más común para las mujeres; pero en otros casos manifiestan poca voluntad a adherirse al tratamiento basándose en experiencias de personas cercanas que fueron diagnosticadas con cáncer, que enfermaron rápidamente al tiempo que se sometían a quimioterapia y murieron. En esos casos, el balance puede ser diferente:

Ligia: “En caso de cáncer uno debe estar más tranquilo, estarse quieto. Porque si uno se hace esa quimioterapia eso no más lo ayuda a morir. En cambio, a la persona que tenga eso es mejor dejarla quieta y alcanza a durar dos años. ¿Sabe por qué? Porque una amiga que vivía al lado de mi casa y tenía 60 años [...] a ella le descubrieron cáncer en el estómago y ella vivía tranquila: se iba a pasear y bailar, y ella dijo 'yo no me voy a hacer nada. ¿Para qué me voy a poner a llorar?'. ¡Y verdad, alcanzó a durar dos años y medio!, pero no se hizo nada. Si uno se hace la quimio más ligero se muere. Mientras que la otra señora, que le hicieron la quimio, ella era gordita, no más de bonita, y eso [Quimioterapia] la ayudó a morir más ligero. Sólo duró seis meses”.

iv. “Mamografía no es amable, pero toca”

Poca información se encuentra en las guías de práctica clínica y en los materiales educativos para pacientes sobre el examen en sí y su perspectiva desde el usuario. En el servicio de mamografía analizado no se le dan indicaciones -en la consulta médica previa- a las mujeres sobre la preparación para el examen, y en caso de que la mujer pregunte, las indicaciones giran en torno a la preparación para la prueba:

Indicaciones entregadas a las pacientes para la toma de mamografía en el servicio analizado⁹:

- No aplicarse cremas o talcos en los senos
- No aplicarse desodorante
- Traer estudios mamográficos o ecográficos anteriores (si los tiene)

Sin embargo, no se habla sobre la experiencia que se tendrá. Las indicaciones son para la correcta ejecución de la prueba y garantizar el éxito de las imágenes resultantes. No se consideran los miedos, prejuicios o representaciones sobre la misma.

Elena: “La mamografía sí es dolorosa y más cuando uno no tiene muchos senos, cuando es de busto pequeño. Porque como eso parece un hojalde que están haciendo, quieren colocarle a uno eso [las mamas] estirado para poderle poner ese aparato. Yo digo que los científicos que hacen esas cosas [el mamógrafo] maravilloso, pero deberían de hacerlo de una manera diferente: por lo menos que una copa se le meta a uno allí para que sea más fácil y menos doloroso porque la mamografía es muy dolorosa”.

v. Vale la pena la mamografía

Aun con la incertidumbre ante la prueba, el mito del dolor o la experiencia previa, las mujeres del estudio perciben la mamografía como un proceso que vale la pena. El dolor inicial o el miedo contrastan con las posibles consecuencias y los riesgos que deben asumir.

⁹ Indicación entregada por escrito o de manera verbal a las pacientes por parte de las cajeras del hospital Cañaveralejo. Estas indicaciones fueron proporcionadas por la tecnóloga de mamografía.

Evidentemente, todas las mujeres entrevistadas se sometieron a la mamografía, pero no fue un proceso inmediato, fácil o ajeno a racionalización y balance por parte de las involucradas.

Ninguna de las mujeres conoce exactamente cómo funciona la mamografía, así como tampoco han oído los debates sobre perjuicio de la prueba y las afectaciones por radiación que se le atribuyen. Pero la mamografía va amparada por el criterio médico y eso la legitima ante las usuarias: es el médico el que avala la prueba y la hace importante para las mujeres.

Es posible que las ausencias de otros puntos de vista hagan que el criterio del médico sea interpretado por las mujeres como el más valioso y enfocado a mantener la salud de ellas; pero para el contexto analizado, siendo el recomendado por el Ministerio de Salud y protección social, es efectivo para la adherencia a la estrategia de tamizaje.

Elena: [...] Yo prefiero que me duela y hacerme el examen y me salga lo que me tenga que salir. Porque por un dolor que voy a sentir en un momentico no voy a permitir que mi vida perezca. Yo [creo que] los procedimientos que me hacen son para el beneficio de mi salud. Prefiero que me los hagan.

Discusión

Cuando una mujer se convierte en paciente se ha sometido al criterio médico como vía para mantener su buena salud, o recuperarla; en todo caso, se somete al criterio del médico. Para llegar a ese médico y su criterio se deben recorrer unos itinerarios que para las mujeres participantes de esta investigación fueron exitosos, pero que se compararán con trabajos de otras épocas y entornos.

Barbara Andersen, John Cacioppo y Dawn Roberts presentaron desde los Estados Unidos en 1995 el texto “Retraso en la búsqueda de diagnóstico para cáncer: Estadio de retrasos y procesos de comparación psicofisiológica” (56) señalan que existe un proceso global denominado *Retraso total del paciente*, donde uno de los intervalos más críticos en el proceso de diagnóstico está al principio y por cuenta de la mujer, de manera exclusiva. Cuando ella decida que es momento de consultar a los servicios de salud se iniciará el proceso de diagnóstico que puede tener otros retrasos incorporados que estarán por fuera de su dominio.

Quince años después, aparece una publicación de Scott, Walter, Webster, Sutton y Emery desde Londres que plantea una revisión del asunto, un “Modelo de rutas para el tratamiento: conceptualización e integración con la teoría existente”. En este nuevo trabajo se critica fuertemente el trabajo de Andersen y su equipo por considerarlo impreciso en sus intervalos y discordante respecto a la evidencia científica. El nuevo modelo propone unos eventos, procesos e intervalos que tienen como común denominador unos factores contributivos.

Sin ahondar en las críticas, este apartado busca examinar los resultados de esta investigación en relación con los dos modelos previamente mencionados. Respecto al inicio del diagnóstico, se evidencia que en el caso múltiple analizado la recomendación médica fue determinante para dar inicio y terminar el proceso: era más evidente en aquellos casos donde no eran necesarias pruebas complementarias (ecografía o biopsia), pues las mujeres interpretaban cada paso como un requisito que se debía cumplir. Cuando sí era necesaria

una prueba adicional, se sentía miedo y se recurría a las redes de soporte social, pero la recomendación médica no era puesta en discusión.

Los modelos de Andersen y Scott coinciden en que el inicio del proceso se da en la detección de un “signo inexplicable” en el cuerpo o un “síntoma”; para esta investigación en solo uno de los casos había un signo inexplicable o síntoma, en todos los demás fueron los médicos quienes ordenaron la mamografía cuando las pacientes llegaron a su consultorio por una causa diferente al chequeo de las mamas. Para el caso singular, dos antecedentes de cáncer de mama en la familia cercana motivaron a que la mujer se tocara constantemente sus mamas en busca de anomalías y que, al hallarla, solicitara una mamografía en el puesto de salud cercano a su residencia. No significa que las otras mujeres no tuvieran ninguna percepción sobre sus senos, algunas sentían molestias cíclicas, pero no lo interpretaban como malignidad. No era un síntoma.

En ese punto, se coincide con el modelo de Scott et al. Respecto al proceso de evaluación y automanejo de la situación. Los procesos los definen como acciones cognitivas, comportamientos, acciones organizacionales o estructurales que ocurren dentro de los intervalos. El resultado de cada proceso puede llevar a otro evento. El conocimiento - incluida la calidad de ese conocimiento- es fundamental para el desenlace del caso y los tiempos en el proceso diagnóstico: la interpretación de un cambio en el cuerpo como síntoma y conocer cuál es la ruta que se debe seguir en cada IPS, o al menos el inicio de la ruta con la consulta al médico general, canaliza las mujeres dentro del esquema de tamizaje por mamografía. Otra opción, aunque no recomendada desde el punto de vista médico, puede ser el manejo de ese signo en el cuerpo a través de medicina tradicional o el silencio a través de la privacidad.

En esta investigación, sólo uno de los casos tenía información detallada sobre el proceso de tamizaje y tratamiento para cáncer de mama; además conocía los tiempos “apropiados” para la atención y podía diferenciar una demora de un plazo normal para un procedimiento. Era también la única que cuidaba sus mamas de manera específica a través del autoexamen; era quien tenía a su sobrina muerta por cáncer de mama y su hermana en tratamiento por

la misma enfermedad. En todos los demás casos, el cáncer era una posibilidad real pero abstracta, que eventualmente podía llegar, pero sin saber cómo o qué hacer en caso de así fuera.

En caso de identificar un signo en el cuerpo como meritorio de consulta, el modelo de Andersen se inclina hacia la inferencia de una enfermedad mientras que Scott se va hacia la percepción de una razón para la consulta con el médico primario como evento, que lleva al proceso de búsqueda de la cita médica dentro del intervalo de búsqueda de ayuda. Para esta investigación las mujeres tuvieron una inversión de la ruta propuesta por los autores: el médico general analiza sus antecedentes clínicos y ordena la mamografía siendo ellas asintomáticas en el sentido que no ha ocurrido el proceso interno de evaluación de signos en sus mamas que motiven una consulta y la discusión de esa inquietud con el médico general¹⁰. Posterior a la consulta con el médico general las mujeres pueden experimentar los procesos previos al evento de la consulta con el médico que están señalados en el modelo de Scott.

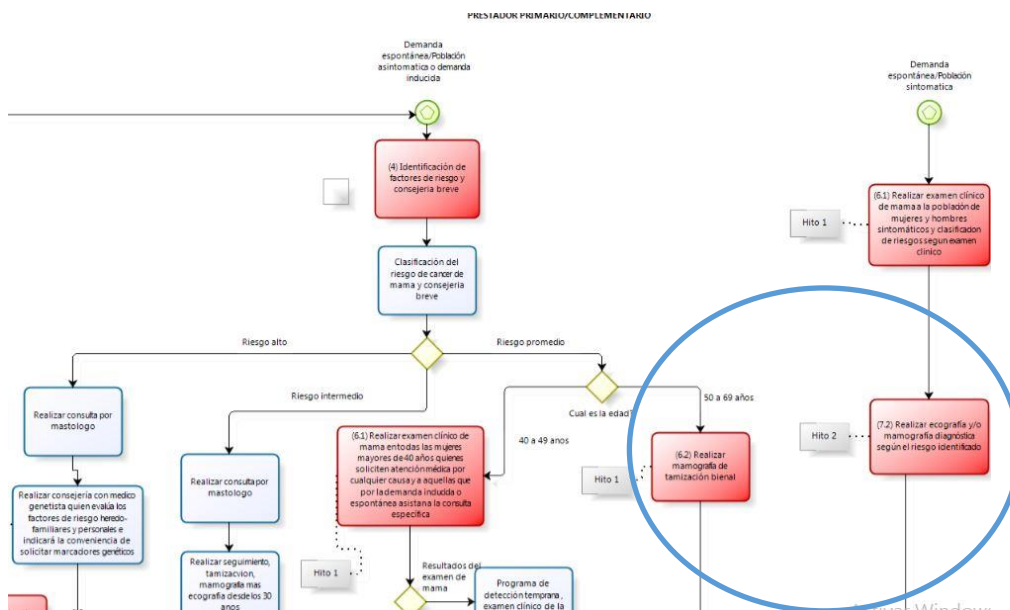
Interpretando los modelos de Andersen y Scott como tal, sirven como orientación para el enriquecimiento de las rutas de atención para la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Esa detección temprana debe calcular las dos posibilidades vistas en el caso de esta investigación: mujeres sin síntomas percibidos y mujeres en búsqueda activa de anomalías en sus mamas.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a través de la Ruta de Atención Integral en Salud (RIAS) para cáncer de mama divide las acciones entre Prestadores Primarios (instituciones de servicios básicos de salud como Red de Salud Ladera) u Prestadores Complementarios (que se encargan del proceso después del diagnóstico o, en todo caso, cuando la capacidad del prestador primario llega al límite. Esa nueva estructura pretende estandarizar los itinerarios burocráticos y administrativos que están inmersos en el proceso de atención clínico de las pacientes para cáncer de mama, incluyendo la detección temprana.

¹⁰ A excepción del caso que ya se mencionó.

En la Figura 11 se marca en círculo azul los momentos en que todos los casos de esta investigación fueron involucrados a la ruta de atención, a través de consultas con médico general en la IPS más cercana a la residencia de la mujer. No hay contradicción, pero se pueden hacer comentarios respecto a las directrices de RIAS: se debe garantizar que las clasificaciones de Riesgo (promedio, intermedio o alto) se realicen por personal médico entrenado por el Prestador Primario, de manera individual y anual. Así mismo, una acertada clasificación de riesgos intermedios y altos debe tener unos mastólogos de referencia que puedan recibir los casos con oportunidad. Para los riesgos promedios, el esquema utilizado en ESE Red de Salud Ladera es adecuado.

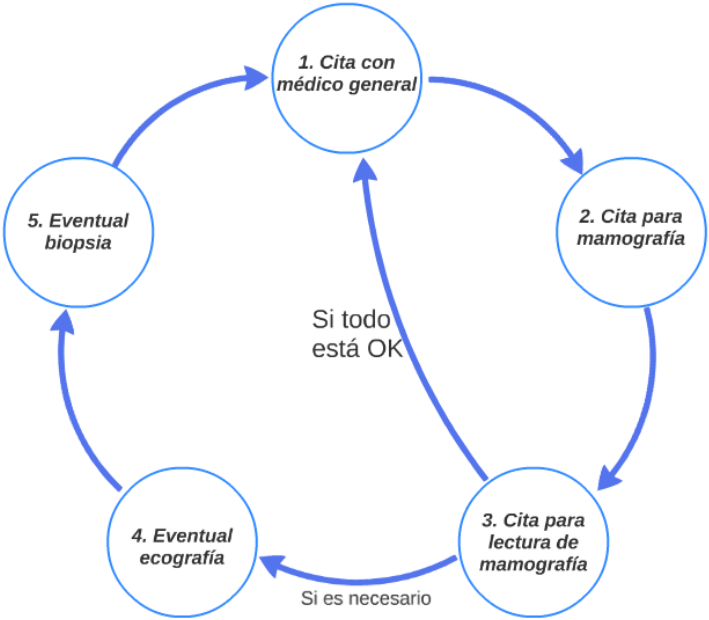
Figura 11. Fragmento de Ruta de Atención Integral en Salud para cáncer de mama. Ministerio de Salud y Protección Social



Pero hace falta conciliar esas rutas de atención con las barreras y los itinerarios promotores de esas mamografías para ajustar hasta llegar a un modelo verosímil para las mujeres, que permita una mayor probabilidad de adherencia al tamizaje. No basta con tener una ruta técnicamente apropiada, así como el aseguramiento no garantiza el uso de los servicios de salud.

De manera estructural, hay que traducir las RIAS en herramientas prácticas para brindar servicios de salud oportunos y con calidad. Esa calidad debe ser medida con los estándares de habilitación de servicios de salud, pero teniendo presente que los servicios de salud deben ser pensados para ser ejecutados con las mujeres y para su beneficio, del contexto en que se desarrolla la actividad. Se propone la Figura 12 como ejemplo para la socialización del esquema de tamizaje, prestándolo como ciclo que se deberá repetir por 19 años en sencillos pasos

Figura 12. Proceso de tamizaje desde el número de consultas necesarias para una mujer sin malignidades. No es un proceso lineal, es cíclico, y las mujeres desconocen el esquema



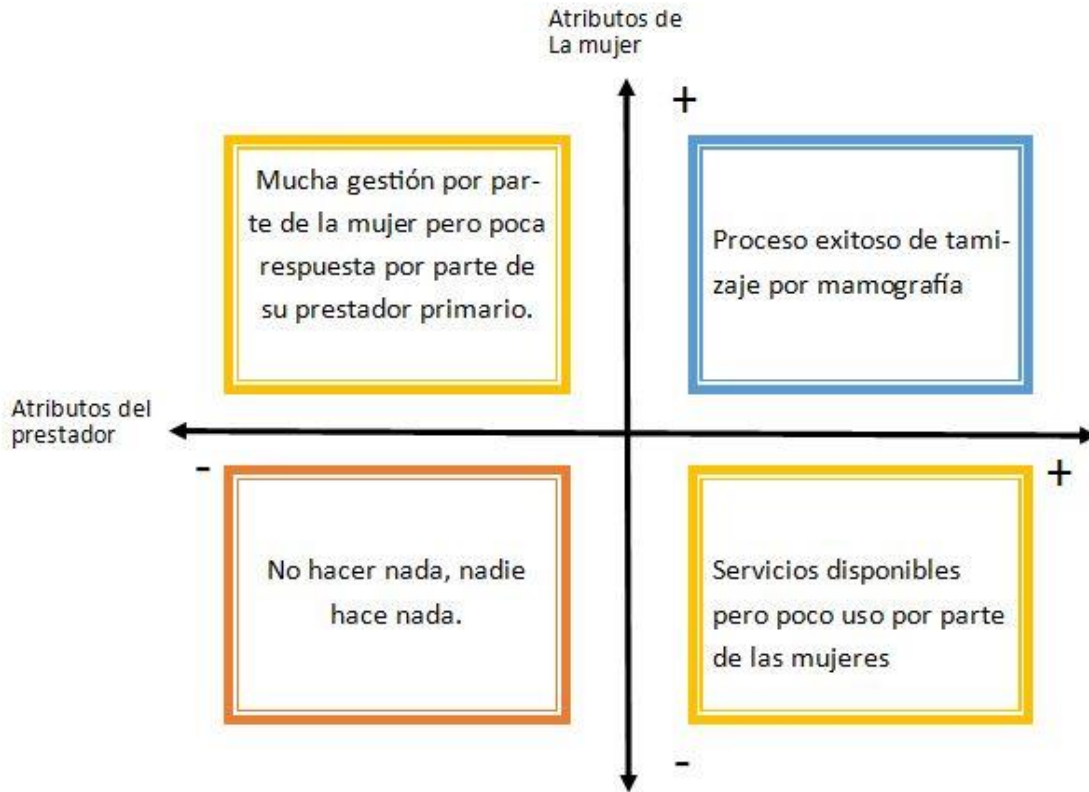
En síntesis, se pueden enunciar unos atributos de las mujeres y los servicios de salud (a nivel de prestador primario) que pueden contribuir a la conclusión exitosa de la estrategia de tamizaje para detección temprana de cáncer de mama.

Por parte de las mujeres, la gestión y el interés puesto en la prueba como manifestación del interés en el mantenimiento de la buena salud y unas redes sociales que faciliten ese proceso son muy importantes. El conocimiento sobre el proceso, sea por educación recibida o por conocimiento vicario, potencializa las capacidades de las mujeres y prepara ante eventuales fracturas en el proceso de tratamiento (como negativas a la atención, dilataciones o excesiva burocracia).

El prestador primario contribuye al tener su personal médico y técnico adherido (y eso implica entrenado) en la RIAS para cáncer de mama, además de tener presencia en las comunidades a través de trabajo educativo, difusión y publicidad de servicios habilitados y disponibles para las mujeres, así como generación de valor a través de la incorporación de servicios como la navegación de pacientes. Todo bajo la sombra de un servicio de tamizaje por mamografía de calidad técnica y humanizado.

La Figura 17 muestra una relación entre los atributos del prestador primario y los atributos de las mujeres de esta investigación que lograron con éxito concluir el proceso de tamizaje por mamografía. De manera conjunta, se puede construir un itinerario promotor al coincidir un programa de detección temprana que esté capacitado desde lo técnico para prestar el servicio y que cuente con un personal asistencial y administrativo que logre cumplir con las expectativas y tiempos que esperan las mujeres, que a su vez potencializa los atributos de ellas (cuadrante superior derecho). En el cuadrante inferior derecho está la situación general actual de Cali: unas coberturas de mamografía inferiores al 20% aun cuando se tienen tres mamógrafos en las cinco Empresas Sociales del Estado, más los mamógrafos de IPS privadas. En el cuadrante superior izquierdo están las mujeres que conocen sobre el cáncer de mama por sus historias de vida, saben que necesitan servicios de salud pero las IPS no tienen la capacidad para dar respuesta a sus necesidades; en un escenario hipotético, esos son los casos que terminarían en demandas contra el Estado y las EAPB, con altos niveles de estrés para la mujer en periodos de diagnóstico-tratamiento largos y costosos (77). Finalmente, en el cuadrante inferior izquierdo se ubica la peor de las situaciones: nadie hace nada; el prestador primario no se acoge a las RIAS y las mujeres no se mueven hacia los servicios de salud por miedo u otro motivo.

Figura 17. Relación atributos de la mujer y del prestador primario para construir juntos un itinerario promotor de la mamografía. Elaboración propia.



Conclusiones

El proceso de atención de las mujeres que constituyeron el caso se caracterizó por una interacción entre las mujeres y el Prestador Primario, que a su vez tenía una gestión previa con la EAPB para simplificar el proceso de atención a las pacientes para la mamografía de tamizaje, pero sólo cubría el esquema básico (no biopsias).

En la figura 7 se hace una síntesis del itinerario promotor y el papel que juegan los facilitadores en cada paso, en paralelo con las acciones del prestador primario y el médico general. El proceso es relativamente sencillo para las pacientes mientras el esquema (básico) es ejecutado en las instalaciones del Prestador Primario¹¹, pues van de la guía del médico general. Pero en caso de pruebas complementarias, especialmente las biopsias, que eran ejecutadas en otros prestadores, las pacientes deben ser más activas en la gestión de su salud y utilizar el conocimiento vicario acumulado.

Las redes de apoyo son un facilitador constante en el itinerario promotor, pues a partir del inicio del esquema de tamizaje, y como ya se mencionó anteriormente, inicia un camino de incertidumbre sobre el resultado del proceso diagnóstico, que se hace más fuerte al enterarse de la necesidad de pruebas complementarias. Los otros facilitadores son el cumplimiento del servicio de salud con las expectativas de las pacientes y el conocimiento de las mujeres sobre el proceso diagnóstico y de tratamiento [Figura 18].

Tras la relativa facilidad de la etapa del tamizaje básico está la gestión del Prestador Primario, que no es visible para las mujeres. El paso entre la primera consulta, mamografía y la entrega de resultado diagnóstico en la IPS más cercana al lugar de residencia es parte de la gestión de ESE Red de Salud Ladera para garantizar acceso efectivo al servicio de tamizaje. Sin embargo, hay un impacto fuerte cuando la paciente debe salir del Prestador Primario a buscar completar su esquema de tamizaje, pues las otras instituciones le exigen el uso de sus conocimientos previos respecto al desenvolvimiento en el SGSSS.

¹¹ Para el caso Hospital Básico Cañaveralejo (HBC)

Figura 18. Facilitadores para el tamizaje por mamografía. Elaborado en Mindomo



Los itinerarios de las mujeres que consiguieron completar exitosamente el proceso de mamografía de tamizaje para la detección temprana de cáncer de mama en Cali, en E.S.E. Red de Salud Ladera tienen tres características fundamentales:

1. No se tenía información sobre la mamografía como técnica. La información disponible para las mujeres versa sobre el dolor que puede generar la prueba, no hay argumentos para aceptarla o debatirla y por ello el criterio médico fue clave para que ellas procuraran someterse al proceso.
2. Las mujeres que terminaron el proceso no tienen totalmente claras las funciones de las EAPB y las IPS. Pero consideran que el proceso debe estar acompañado por ellas de manera activa: hay una representación de responsabilidad de ellas para compensar la pobre gestión de las aseguradoras o prestadores de salud.
3. Los facilitadores actuaron en disminuir la carga (administrativa y emocional) del proceso de atención que recae sobre la paciente. Cumplir con unas expectativas de calidad que se hace la mujer, tener conocimientos sobre cómo funciona el sistema de salud y tener unas redes de apoyo que ayuden a llevar el proceso pueden hacer la diferencia.

Los itinerarios reconstruidos evidencian una dosis de suerte (al llegar con un médico sensibilizado y entrenado en el tema) y persistencia por parte de la paciente para atravesar el proceso diagnóstico; pero también muestran que los equipos de alta tecnología juegan un papel secundario en el proceso de atención, y en cambio, el recurso humano es trascendental para desarrollar exitosamente un programa de detección temprana de cáncer de mama.

Las estrategias utilizadas para completar el esquema de tamizaje fueron la objetivación de la experiencia previa respecto al acceso y uso de los servicios de salud para contrastar/evaluar el caso propio y la autogestión como mecanismo para procurar la propia salud, debido a que no se tiene plena confianza en la labor del asegurador. Dos elementos presentes para contrarrestar las barreras dentro del itinerario para el diagnóstico temprano y como paliativo a la falta de confianza de las mujeres en el asegurador como gestor de la salud de ellas.

El sentido de la mamografía es puesto en términos de un *medio* para procurar la salud por recomendación médica. Es decir, las mujeres no comprenden los detalles del proceso, las especificaciones técnicas de la máquina o la prueba, la justificación científica de la realización de la prueba o los planes gubernamentales de tamizaje. Para ellas, es un requerimiento del médico, y como es una figura en la que se confía, se someten a una prueba de la que conocen mitos sobre el dolor que producirá.

Recomendaciones

Se puede ampliar el trabajo a nivel administrativo entre las IPS y EAPB para reducir los trámites y simplificar las rutas que deben enfrentar las mujeres para la detección temprana de cáncer de mama. Actualmente Red de Salud Ladera tiene un acuerdo con EAPB-E en el cual no es necesaria la autorización hasta el proceso de toma de biopsia trucut guiada por ecografía; ese convenio ha favorecido a muchísimas mujeres, pero en los momentos previos a dicho acuerdo o al término de un contrato y la elaboración del siguiente, el impacto en la oportunidad de la atención es muy fuerte. En esa misma línea, la EAPB podría buscar acuerdos similares con las instituciones que prestan los servicios complementarios que exceden la capacidad técnica de Red de Salud Ladera: las biopsias por estereotáxia son ejemplo de ello, pues el tiempo entre la emisión de la orden de esa biopsia y la realización de la misma es 4 meses, como mínimo.

Los espacios de educación a la comunidad, determinados como necesarios el Plan Decenal de Control de Cáncer, parecen tener poco impacto en la vida cotidiana de las mujeres. Ellas no conocen las rutas de atención, la realidad sobre el cáncer y sus orígenes, sus derechos y sus probabilidades de supervivencia. Que el miedo siga siendo parte de los itinerarios como impulso para el tamizaje y que los especialistas en oncología -y hacia abajo, todos los profesionales de salud- sigan usándolo como herramienta para hacer que las mujeres asistan a los servicios (17) evidencia una brecha enorme en el reconocer a las pacientes como sujetos de derechos más allá del aseguramiento. Es necesario estructurar un plan de educación a la comunidad que explique la enfermedad como un evento en salud y no una sentencia, y que les permita tomar decisiones sobre su salud que vayan más allá de las opciones de adherirse al plan de tratamiento recetado o no hacerlo.

En la misma línea, es necesario que las mujeres conozcan la ruta de atención médica y la ruta administrativa que tienen que atravesar su caso para obtener los servicios de detección temprana para cáncer de mama y, de esa manera, tener más control sobre el desarrollo de su proceso. También se deben constituir y socializar servicios complementarios que se

presten en cada institución (p. ej. Navegación) para que las mujeres tengan posibilidades para el manejo de estrés e incertidumbre generado; así como conocer las alternativas administrativas o jurídicas en caso de demoras en la atención o negación del servicio.

Hay que apuntar la educación comunitaria hacia el apoderamiento de las mujeres sobre la información acerca del tamizaje: que sean conscientes de las implicaciones de la prueba y las posibilidades de la misma; así mismo con los eventuales procedimientos posteriores. Que las mujeres tengan argumentos para someterse a la prueba, más allá de cumplir con el requisito impuesto por el médico. Para el caso de la consulta clínica, puede aprovecharse la gran credibilidad que tienen los médicos para difundir información a las mujeres que sea muy clara y armonizada con todos los actores del proceso de tamizaje.

En futuras investigaciones se debe analizar el fenómeno de baja cobertura por mamografía de tamizaje en una ciudad con muchos mamógrafos, desde la perspectiva de las usuarias; superando la barrera epistemológica de mirar el fenómeno únicamente desde la perspectiva del prestador, donde las mujeres, las pacientes, pueden verse como sujetos ajenos.

Bibliografía

1. WHO | Breast cancer: prevention and control [Internet]. WHO. [cited 2015 Apr 3]. Available from: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/index1.html>
2. Harford J, Azavedo E, Fischietto M, on behalf of the Breast Health Global Initiative Healthcare Systems Panel. Guideline implementation for breast healthcare in low- and middle-income countries. *Cancer*. 2008 Oct 15;113(S8):2282–96.
3. Anderson BO, Jakesz R. Breast Cancer Issues in Developing Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative. *World J Surg*. 2008 Feb 19;32(12):2578–85.
4. Angus Deaton. *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 2015.
5. Breast Cancer Statistics | Susan G. Komen® [Internet]. [cited 2015 Apr 3]. Available from: <http://ww5.komen.org/BreastCancer/Statistics.html>
6. Ministerio de Salud y Protección Social-Colciencias. *Guía de práctica clínica (GPC) Detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama*. Bogotá, Colombia; 2013.
7. Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Tasas de Mortalidad media anual específicas por edad, crudas y estandarizadas por edad [Internet]. 2015. Available from: http://rpcc.univalle.edu.co/es/Mortalidad/Estadisticas/Tablas_mortalidad.php?periodo=11&enero=2
8. Knaul FM, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Dantés H, Romieu I, Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública México*. 2009 Jan;51:s138–40.
9. De Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Rev Salud Pública Bogotá*. 2008;10:571–582.
10. Bravo LE, García LS, Collazos PA. Cancer survival in Cali, Colombia: A population-based study, 1995-2004. *Colomb Médica*. 2014 Sep 30;45(3):110–6.
11. Banegas MPB, YelenaMoraros, JohnKing, SashaPrapsiri, SurasriThompson, Beti. Breast Cancer Knowledge, Attitudes, and Early Detection Practices in United States-Mexico Border Latinas. *J Womens Health* 15409996. 2012 Jan;21(1):101–7.
12. Powles TJ. Breast Cancer Prevention. *The Oncologist*. 2002 Feb 1;7(1):60–4.
13. Reeder JG, Vogel VG. Breast Cancer Prevention. In: M.D WJG, M.D WCW, editors. *Advances in Breast Cancer Management, Second Edition* [Internet]. Springer US; 2008 [cited 2017 May 22]. p. 149–64. (Cancer Treatment and Research). Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-73161-2_10

14. Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. *The Lancet*. 2003 Jan 25;361(9354):296–300.
15. Centers for Disease Control & Prevention (CDC). Public Health Focus: Mammography [Internet]. [cited 2015 Nov 30]. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00017132.htm>
16. Taplin SH, Ichikawa L, Yood MU, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, et al. Reason for Late-Stage Breast Cancer: Absence of Screening or Detection, or Breakdown in Follow-up? *J Natl Cancer Inst*. 2004 Oct 20;96(20):1518–27.
17. Revista Semana. ¿Por qué las mujeres con cáncer de seno optan por no tratarse? [Internet]. [cited 2015 Oct 19]. Available from: <http://www.semana.com//vida-moderna/articulo/debate-sobre-tratamiento-en-la-primera-etapa-del-cancer-de-seno/446399-3>
18. WHO. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: early detection. 2007.
19. Instituto Nacional de Cancerología. Recomendaciones para la tamización y la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. INC; 2006.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión del riesgo individual [Internet]. [cited 2015 Sep 9]. Available from: http://rsvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/
21. Boletín Epidemiológico 2013. Pereira, Colombia: Alcaldía de Santiago de Cali, Secretaría de Salud Pública Municipal, Grupo de Salud Pública y Epidemiología; 2014. (Cali Como Vamos).
22. Leung J, McKenzie S, Martin J, McLaughlin D. Effect of rurality on screening for breast cancer: a systematic review and meta-analysis comparing mammography. *Rural Remote Health* [Internet]. 2014 [cited 2015 Aug 24];14(2). Available from: <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:345677/UQ345677.pdf>
23. Anderson RT, Tse-Chang Yang, Matthews SA, Camacho F, Kern T, Mackley HB, et al. Breast Cancer Screening, Area Deprivation, and Later-Stage Breast Cancer in Appalachia: Does Geography Matter? *Health Serv Res*. 2014 Apr;49(2):546–67.
24. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Atlas Estadístico de Colombia [Internet]. [cited 2015 Dec 1]. Available from: <http://sige.dane.gov.co/atlasestadistico/>
25. 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. *Salud Pública México*. 2011 Dec;53(6):478–85.
26. Velasco S, Bernal O, Salazar A, Romero J, Moreno Á, Díaz X. Disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia. *Rev Colomb Cancerol*. 2014 Jul;18(3):101–8.

27. Sassi F, Luft HS, Guadagnoli E. Reducing Racial/Ethnic Disparities in Female Breast Cancer: Screening Rates and Stage at Diagnosis. *Am J Public Health*. 2006 Dec;96(12):2165.
28. Trufelli DC, Miranda V da C, Santos MBB dos, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga S de FR, et al. Analysis of delays in diagnosis and treatment of breast cancer patients at a public hospital. *Rev Assoc Médica Bras*. 2008 Feb;54(1):72–6.
29. Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Pathways to breast cancer diagnosis and treatment: exploring the social relations of diagnostic delay. *Texto Amp Contexto - Enferm*. 2007 Dec;16(4):591–8.
30. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Buenos y Creativos; 2012.
31. Carreño Dueñas A, Rojas MP, Lucio-Arias D, Serrano ML, Piñeros M. Investigación en cáncer en Colombia, 2000-2010. *Rev Colomb Cancerol*. 2015 Jan;19(1):39–46.
32. Jones CE, Maben J, Jack RH, Davies EA, Forbes LJ, Lucas G, et al. A systematic review of barriers to early presentation and diagnosis with breast cancer among black women. *BMJ Open*. 2014 Feb 1;4(2):e004076.
33. Clark CRB, NashiraKunicki, MarycarmenJohnson, NatachaSoukup, JaneFerguson, KathleenLipsitz, StuartBigby, JudyAnn. Addressing Social Determinants of Health to Improve Access to Early Breast Cancer Detection: Results of the Boston REACH 2010 Breast and Cervical Cancer Coalition Women’s Health Demonstration Project. *J Womens Health* 15409996. 2009 May;18(5):677–90.
34. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública México*. 2009 Jan;51:s254–62.
35. Williams DL, Tortu S, Thomson J. Factors associated with delays to diagnosis and treatment of breast cancer in women in a Louisiana urban safety net hospital. *Women Health*. 2010 Dec;50(8):705–18.
36. Ramirez A, Perez-Stable E, Penedo F, Talavera G, Carrillo JE, Fernández M, et al. Reducing time-to-treatment in underserved Latinas with breast cancer: The Six Cities Study. *Cancer*. 2014;120(5):752–60.
37. Bowen S-A, Williams EM, Stoneberg-Cooper CM, Glover SH, Williams MS, Byrd MD. Effects of Social Injustice on Breast Health–Seeking Behaviors of Low-Income Women. *Am J Health Promot*. 2013 Apr 3;27(4):222–30.
38. Schneider Hermel J, Calderón Uribe M, Pizzinato A. Mujeres con cáncer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Women Breast Cancer Perceived Soc Support Self-Care*. 2015 Jul;33(2):438–67.
39. Nowak SA, Parker AM. Social Network Effects of Nonlifesaving Early-Stage Breast Cancer Detection on Mammography Rates. *Am J Public Health*. 2014 Dec;104(12):2439–44.

40. Garrett JJ, Barrington C. "We do the impossible": women overcoming barriers to cervical cancer screening in rural Honduras – a positive deviance analysis. *Cult Health Sex*. 2013 Jun;15(6):637–51.
41. Sinicrope PSP, Christi A, Clark Lara P, Brockman Tabetha A, Frost Marlene H, Petersen Larra R, Vierkant Robert A, Vachon Celine M, Fredericksen Zachary S, Janney Carol A, Sellers Thomas A, Cerhan James R. Adult daughters' reports of breast cancer risk reduction and early detection advice received from their mothers: an exploratory study. *Psychooncology*. 2009 Feb;18(2):169–78.
42. Bird Y, Moraros J, Banegas MP, King S, Prapasiri S, Thompson B. Breast Cancer Knowledge and Early Detection among Hispanic Women with a Family History of Breast Cancer along the U.S.-Mexico Border. *J Health Care Poor Underserved* [Internet]. 2010 May [cited 2015 Mar 25];21(2). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3860280/>
43. Unger-Saldaña K. Challenges to the early diagnosis and treatment of breast cancer in developing countries. *World J Clin Oncol*. 2014 Aug 10;5(3):465–77.
44. Friedman LC, Moore A, Webb JA, Puryear LJ. Breast cancer screening among ethnically diverse low-income women in a general hospital psychiatry clinic. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999 Sep;21(5):374–81.
45. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, Yip C-H, Khaled HM, Otero IV, et al. Optimisation of breast cancer management in low-resource and middle-resource countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative consensus, 2010. *Lancet Oncol*. 2011 Apr;12(4):387–98.
46. Escuela de Salud Pública - Universidad del Valle. Harvy Vivas - Segregación socioespacial y desigualdades en salud [Internet]. [cited 2015 Aug 20]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=0dEcTkDcP6w>
47. Giraldo-Mora CV. Persistence of social representation regarding breast cancer. *Rev Salud Pública*. 2009 Aug;11(4):514–25.
48. Vassilev I, Rogers A, Kennedy A, Koetsenruijter J. The influence of social networks on self-management support: a metasynthesis. *BMC Public Health*. 2014 Jul 15;14(1):719.
49. Plescia M, White MC. The National Prevention Strategy and Breast Cancer Screening: Scientific Evidence for Public Health Action. *Am J Public Health*. 2013 Sep;103(9):1545.
50. Roman L, CristianFord, SabrinaPenner, LouisHamade, HiamEstes, TamikaWilliams, Karen Patricia. Individual, Provider, and System Risk Factors for Breast and Cervical Cancer Screening Among Underserved Black, Latina, and Arab Women. *J Womens Health* 15409996. 2014 Jan;23(1):57–64.
51. Watson-Johnson LC, DeGross A, Steele CB, Revels M, Smith JL, Justen E, et al. Mammography Adherence: A Qualitative Study. *J Womens Health* 15409996. 2011 Dec;20(12):1887–94.

52. Moudatsou MM, Kritsotakis G, Alegakis AK, Koutis A, Philalithis AE. Social capital and adherence to cervical and breast cancer screening guidelines: a cross-sectional study in rural Crete. *Health Soc Care Community*. 2014 Jul;22(4):395.
53. Püschel K, Thompson B, Coronado G, Gonzalez K, Rain C, Rivera S. "If I feel something wrong, then I will get a mammogram": understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. *Fam Pract*. 2009 Jan 1;cmp080.
54. Tang TS, Patterson SK, Roubidoux MA, Linping Duan. Women's mammography experience and its impact on screening adherence. *Psychooncology*. 2009 Jul;18(7):727–34.
55. Tejeda S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Soc Sci Med*. 2009 Mar;68(5):832–9.
56. Laura Morgan. American Cancer Society Updates Breast Cancer Screening Guidelines for Women at Average Risk Laura Morgan. VBCC [Internet]. 2015 Dec;6(11). Available from: <http://www.valuebasedcancer.com/vbcc-issues/2015/december-2015-vol-6-no-11>
57. Andersen BL, Cacioppo JT, Roberts DC. Delay in seeking a cancer diagnosis: Delay stages and psychophysiological comparison processes. *Br J Soc Psychol*. 1995 Mar 1;34(1):33–52.
58. Scott SE, Walter FM, Webster A, Sutton S, Emery J. The Model of Pathways to Treatment: Conceptualization and integration with existing theory. *Br J Health Psychol*. 2013 Feb;18(1):45–65.
59. Marlow LAV, McGregor LM, Nazroo JY, Wardle J. Facilitators and barriers to help-seeking for breast and cervical cancer symptoms: a qualitative study with an ethnically diverse sample in London. *Psychooncology*. 2014 Jul;23(7):749–57.
60. ASALE R-. Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario [Internet]. Diccionario de la lengua española. [cited 2016 Mar 20]. Available from: <http://dle.rae.es/?id=MERZkyo>
61. ABADIA C, OVIEDO D. Itinerarios Burocráticos en Colombia. Una Herram Teórica Metodol Para Evaluar Los Sist Salud Basados En Aten Gerenciada Cent Estud Soc Univ Nac Colomb Bogotá. 2009;7–15.
62. Bernice A. Pescosolido, Jack K. Martin, Jane D. McLeod, Anne Rogers. *Handbook of the Sociology of Helth, Illness, and Healing. A blueprint for the 21st Century*. Springer; (Handbooks of Sociology and Social Research).
63. Perdiguero E. Una reflexión sobre el pluralismo médico. In: Fernandez G, editor. *Salud e interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y crítica intercultural*. p. 33–49.
64. Heisey R, Clemons M, Granek L, Fergus K, Hum S, Lord B, et al. Health care strategies to promote earlier presentation of symptomatic breast cancer: perspectives of women and family physicians. *Curr Oncol*. 2011 Oct;18(5):e227–37.

65. Jerome-D'Emilia B. A Systematic Review of Barriers and Facilitators to Mammography in Hispanic Women. *J Transcult Nurs.* 2015 Jan 1;26(1):73–82.
66. Harvey SC, Vegesna A, Mass S, Clarke J, Skoufalos A. Understanding Patient Options, Utilization Patterns, and Burdens Associated with Breast Cancer Screening. *J Womens Health* 15409996. 2014 Sep 2;23:S-3.
67. Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln. Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. In: *Manual de investigación cualitativa*. España: Gedisa; 2013. (Herramientas universitarias; vol. II).
68. Robert E. Stake. Estudio de casos cualitativos. In: *Manual de investigación cualitativa*. España: Gedisa; 2013. (Herramientas universitarias; vol. III).
69. María Eumelia Galeano Marín. *Estrategias de investigación social cualitativa*. La Carreta Editores; 2012.
70. Uwe Flick. *El diseño de investigación cualitativa*. Morata; 2015. (Investigación cualitativa).
71. María Luisa Vázquez Navarrete, María Rejane Ferreira da Silva, Amparo Susana Mogollón Pérez, Et. al. *Introducción a las técnicas culaitativas de investigación en salud*. Cali, Colombia: Programa edutorial Universidad del Valle; 2011.
72. Miguel S. Valles. *Entrevistas cualitativas*. España: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2009. (Cuadernos metodológicos; vol. 32).
73. Attride-Stirling J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qual Res.* 2001 Dec 1;1(3):385–405.
74. Avila MG. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Rev Iberoam Educ.* 2002;(29):85–104.
75. Jean-Claude Abric. *Prácticas sociales y representaciones*. México D.F.: Ediciones Coyoacán; 2001.
76. Robert Castel. *La inseguridad social*. Manantial; 2004.
77. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, Guzmán ÉL, et al. Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 2016 Apr;20(2):52–60.

Anexo 1. Formato de consentimiento informado



Itinerarios promotores de la mamografía de tamizaje en Cali. Recuperación de facilitadores para contrarrestar la demora diagnóstica en Cali. Andrés H. Pérez Bustos



Consentimiento informado

Acatando la resolución 8430 de 1993, otras declaraciones¹ y prácticas sobre la ciencia responsable² esta investigación se propone a conocer la experiencia que usted, como mayor de edad y en pleno uso de sus capacidades, vivió durante el proceso de uso de la mamografía.

La mamografía es un procedimiento para identificar anomalías en los senos, y es la manera como el sistema de salud colombiano puede detectar temprano el cáncer de seno. Muchas mujeres no logran tener la mamografía. Esta investigación desea conocer el proceso ocurrido desde antes de la toma del examen hasta que el médico le entregó el resultado.

Si usted acepta participar se le harán una o varias entrevistas en las que se hablará sobre cómo fue su experiencia, al igual que otras 15 mujeres. Esas entrevistas durarán alrededor de una hora y media por sesión y se grabarán en formato de audio. Posteriormente, es posible que sea citada a una sesión grupal con otras ocho mujeres, que no durará más de dos horas. Adicionalmente se consultarán los registros médicos que usted posea sobre lo indagado y los registros que tenga la Red de Salud Ladera³. No se tomarán fotografías ni videos. El investigador se compromete a que su identidad, historia clínica, opiniones y percepciones serán confidenciales y se manejarán con recelo. También se garantiza que sus puntos de vista serán respetados y habrá lugar a cualquier comentario sin censura alguna.

Este proceso de investigación puede ampliar el conocimiento que usted tiene sobre los servicios de salud y los programas de detección temprana de cáncer de seno. Además, el investigador se compromete a brindar apoyo para que usted, su familia o comunidad puedan obtener información sobre detección temprana, diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno. Usted podrá contribuir una investigación que pretende conocer para luego mejorar los servicios de salud y que más mujeres tengan una mamografía de tamizaje a tiempo.

En caso de aceptar y luego arrepentirse, usted puede comunicar la voluntad de salir del estudio y le será respetada totalmente. Para esta investigación su comodidad es una prioridad.

Los resultados de la investigación le serán presentados de manera individual o conjunta (con otras participantes) antes de la entrega del informe final. Usted podrá hacer

¹ Declaración de Helsinki

² Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Manuel González. 2002; Ethics in qualitative research: Issues and challenges. Hlal. 2006; Ethics in qualitative research: are there special issues for health services research?. Richards & Schwartz. 2002.

³ Los registros de Red de Salud Ladera no se consultarán de manera directa. La dirección de la institución designará un médico que filtre la información para cáncer de seno de la paciente y entregue al investigador un informe para procurar la privacidad de la paciente.



Itinerarios promotores de la mamografía de tamizaje en Cali. Recuperación de facilitadores para contrarrestar la demora diagnóstica en Cali. Andrés H. Pérez Bustos



apreciaciones o sugerir ajustes. Posteriormente, podrán ser utilizados en publicaciones científicas siempre que sean aprobados por el comité de ética de la Universidad del Valle.

Su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y no implicará beneficio económico para usted, pero de ser necesario recibirá apoyo económico para gasto de transporte incurrido para cumplir las citas.

Usted autoriza la utilización de los datos recolectados para ser usados en futuras investigaciones con temáticas similares, previa aprobación del comité de ética de la Universidad del Valle.

La información recolectada podrá ser utilizada para publicaciones posteriores, siempre protegiendo el buen nombre y privacidad de las participantes. Garantizando relatos anónimos.

Habiendo comprendido lo anterior y resuelto todas mis dudas respecto al proceso, yo _____,

identificada con la cédula de ciudadanía _____ de _____, acepto participar en la investigación titulada *Itinerarios promotores de la mamografía de tamizaje en Cali*, realizada por Andrés H. Pérez Bustos.

Nombre de la participante:
Cédula de ciudadanía:
Fecha de la firma:

Nombre de testigo 1:
Cédula de ciudadanía:
Relación con la participante:
Fecha de la firma:



Itinerarios promotores de la mamografía de tamizaje en Cali. Recuperación de facilitadores para contrarrestar la demora diagnóstica en Cali. Andrés H. Pérez Bustos



*Nombre de testigo 2:
Cédula de ciudadanía:
Relación con la participante:
Fecha de la firma:

Nombre del Investigador: Andrés H. Pérez Bustos
Cédula de ciudadanía: 1130669952

En caso de cualquier inquietud se pueden contactar con el Investigador principal a través del correo electrónico perez.andres@correounivalle.edu.co, del teléfono 304 4774062 o a través del Servicio de Información al Usuario (SIAU) del Hospital Cañaveralejo.

Para preguntas o aclaraciones sobre los aspectos éticos de esta investigación se puede comunicar con:

Andrés H. Pérez Bustos
Investigador, Maestrando en Salud Pública, Universidad del Valle
Correo-e: perez.andres@correounivalle.edu.co
Teléfono: 304-4774062

Claudia Patricia Valencia
Directora de trabajo de grado, Profesora titular, Universidad del Valle
Correo-e: claudia.p.valencia@correounivalle.edu.co
Teléfono: 321-6425693

Representante CIREC Universidad del Valle
Correo-e: pficasalud@correounivalle.edu.co
Teléfono: 5185677

Diana María Castrillón Libreros
Responsable de gestión social y convenios, Red de Salud Ladera
Correo-e: convenioseseladera@gmail.com
Teléfono: 315-5975483

Anexo 2. Carta de Aval comité de ética de la Universidad del Valle

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 008 - 016

Proyecto: ITINERARIOS PROMOTORES DE LA MAMOGRAFIA DE TAMPAJE EN CALI. RECUPERACION DE FACILITADORES PARA CONTRARESTAR LA DEMORA DIAGNOSTICA EN CALI.

Sometido por: CLAUDIA PATRICIA VALENCIANELSA PATRICIA MUNOZ ANDRÉS H. PÉREZ BUSTOS

Código Interno: 051-016 Fecha en que fue sometido: 07 05 2016

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIRESH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité:

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.
6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
- Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Fecha: 27 06 2016

Nombre: MARIA FLORENCIA VELASCO DE MARTINEZ

Capacidad representativa: PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.


Firma:

Nombre: ADALBERTO SÁNCHEZ G.

Fecha: 27 06 2016

Capacidad representativa: VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD Teléfono: 5185680

Carta aval. Comité de ética ESE Red de Salud Ladera


RED DE SALUD DE LADERA ESE

TRD 3-1-6

COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD DE LADERA ESE

Acta de Aprobación No. 05-CEH/1105-16 E/N-01

Proyecto: ITINERARIOS PROMOTORES DE LA MAMOGRAFIA DE TAMIZAJE EN CALI-IDENTIFICACION DE FACILITADORES PARA CONTRARRESTAR LA DEMORA DIAGNOSTICA EN CALI

Presentado por: Andrés H. Pérez Bustos-Estudiante de maestria Salud Pública Universidad del Valle

Fecha en que fue presentado: 11 de mayo del 2016

La Red de Salud Ladera ESE ha establecido el Comité Institucional de Ética Hospitalaria, creado por la Resolución No.085A-08 del 24 de octubre de 2008, el cual esta regido por la Resoluciones 13437 de 1991, la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 y el artículo 15 del decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002.

Este Comité de Ética Hospitalaria certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:
 - a. Resumen del proyecto*
 - b. Protocolo de investigación*
 - c. Consentimiento informado
 - d. Entrevista
2. El presente proyecto fue evaluado, aprobado y avalado por los siguientes miembros del comité de Ética Hospitalaria:

LUZ KARIME GAVIRIA	Subgerente Científico Asistencial y Hospitalario
DIANA MARÍA CASTRILLÓN L.	Responsable Gestión Social y Convenios
3. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informa que el presente estudio tiene una clasificación de riesgo bajo según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.
4. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, considera adecuada la forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio.
6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

Bodega Administrativa
Calle 14 # 6N-23 Pisos 3° y 4° Edificio San Marino - PBA: 800124



TND 0146

**COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD DE LADERA ESE**

7. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las salidas del Comité.
- b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones a sujetos humanos.
- b. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- c. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.

9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de un (1) año a partir de la fecha. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

10. El investigador principal deberá informar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera:

- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán realizarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
- b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
- c. Cualquier "evento adverso" serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (**Anexo 1**).
- d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
- e. Informar cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
- f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
- g. El investigador principal deberá presentar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, avances en tiempo prudencial según resultados relevantes y el informe al final del proyecto. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

11. Sugerencias:

El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, recomienda que en cuanto sea posible, sea solicitado y firmado el consentimiento de ambos padres, compañero(a) o acudiente, si el sujeto de investigación es menor de edad.

El formato de consentimiento informado deberá incluir el número de identificación de los testigos y de los participantes (o del representante legal en caso de participantes menores de 18 años).

La presente Acta se firma en Cali, a los once (11) días del mes de Mayo del año dos mil diez y seis (2016)

DIANA MARIA CASTRILLON L
Responsable Gestión Social y Convenios
Comité de Ética Hospitalaria
Red de Salud de Ladera ESE

Proyecto y Flujó: D.L.R.

Anexo 3. Guía para la recolección de datos

Guía para la recolección de datos

En coherencia con la investigación cualitativa, a través de las entrevistas en profundidad que se desea realizar, se presenta una guía de las preguntas que conducirán el proceso de recolección de información.

- ¿Cuándo se hizo la mamografía?
- ¿Sabe qué es?
- ¿Por qué se la hizo?
- ¿Había pensado en hacerla desde antes?
- ¿Se la recomendaron? ¿Quién?
- ¿En su entorno saben qué es una mamografía?
- Cuénteme cómo fue el proceso desde que llegó con el médico general hasta que le entregaron el resultado
- ¿En su casa sabían que a usted le iban a hacer una mamografía?
- ¿Qué decía su familia?
- ¿Qué fue lo más difícil del proceso?
- ¿Cómo le pareció el proceso? (Equipos, personal, tiempos, costos, entre otros)
- ¿Cómo se sentía?
- ¿Se volvería a hacer una mamografía?
- ¿La recomendaría?