



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Revisión descriptiva de la literatura sobre las  
barreras de acceso al sistema de salud en los  
pacientes con cáncer de mama y de próstata,  
durante el periodo de 2008 al 2018 en  
Colombia.**

**Laura Barrera Gómez.  
Luisa Constanza Pinilla Caro.**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2019



# **Revisión descriptiva de la literatura sobre las barreras de acceso al sistema de salud en los pacientes con cáncer de mama y de próstata, durante el periodo de 2008 al 2018 en Colombia.**

**Laura Barrera Gómez.  
Luisa Constanza Pinilla Caro.**

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialistas en Administración en Salud Pública.**

Director:

MD. Mg Epidemiología. PhD Epidemiología. Doctor Fernando Pio De La Hoz Restrepo.

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2019



***Dedicatoria.***

***A todos aquellos pacientes que lucharon  
o se encuentran luchando contra esta  
enfermedad...***

# Resumen

La transición de la epidemiología del Cáncer a nivel mundial y en Colombia supone un reto a mediano y largo plazo para los sistemas de salud, en cuanto a la atención integral de esta población. Se puede evidenciar en la literatura que las publicaciones realizan un abordaje de diferentes tipos de cáncer utilizando varias metodologías de investigación. Para esta revisión se decidió indagar sobre el cáncer de mama y de próstata para comprender las implicaciones que representa la atención de esta población en términos de la accesibilidad y de las barreras de acceso en el Sistema de salud de Colombia.

**Objetivo:** Explorar el conocimiento sobre las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata como enfermedad de alto costo, desde la perspectiva metodológica de una revisión descriptiva de la literatura durante el periodo de tiempo del año 2008 al año 2018 en Colombia.

**Metodología:** Revisión descriptiva de literatura desarrollada en las siguientes fases: 1) Fase de revisión y consulta de fuentes de información en la Web y selección de descriptores de búsqueda. 2) Fase análisis de las categorías de abordaje. 3) Fase de recolección, sistematización y análisis de la información. 4) Fase de elaboración del documento final del anteproyecto para entrega y socialización.

**Resultados:** Se encontró que, tanto para el cáncer de mama como para el cáncer de próstata, durante el periodo de 2008 a 2018 en Colombia, existen barreras de acceso de tipo estructural, administrativo, cultural y relacionadas con los determinantes sociales, que influyen en el pronóstico de la enfermedad y se constituyen como un factor determinante incluso desde antes de que la enfermedad haya sido detectada.

**Conclusiones:** Si bien se encontró que existen escasas publicaciones que aborden el tema de las barreras de acceso al sistema de salud para el cáncer de mama y de próstata durante el periodo de estudio, los resultados permiten hacer una aproximación del panorama en Colombia en donde se evidencia que, según el RAS, la PSE y las brechas sociales, determinan el acceso a la salud, por lo que la tutela se presenta como un mecanismo para poder hacer frente a esas barreras de acceso.

**Palabras Clave:** Cáncer, cáncer de mama, cáncer de próstata, barreras de acceso, acceso al sistema de salud, enfermedades de alto costo, sistema de salud, Colombia, América Latina.

# Abstract

The transition of Cancer epidemiology worldwide and in Colombia is a medium and long-term challenge for health systems, in terms of comprehensive care for this population. It can be evidenced in the literature that the publications perform a different types of cancer approach using several research methodologies. For this review, it was decided to inquire about breast and prostate cancer to understand the implications of this population's attention in terms of accessibility and access barriers in the Colombian Health System.

**Objective:** To explore the knowledge about the barriers to access to the health system for the care of patients who have breast and prostate cancer as a high-cost disease, from the methodological perspective of a descriptive review of the literature over the period of time from 2008 to 2018 in Colombia.

**Methodology:** Descriptive review of literature developed in the following phases: 1) Review and consultation phases of information sources on the Web and selection of search descriptors. 2) Phase analysis of the boarding categories. 3) Collection phase, systematization and analysis of information. 4) Development phase of the final draft document for delivery and socialization.

**Results:** It was found that, both for breast cancer and for prostate cancer, during the period from 2008 to 2018 in Colombia, there are barriers of structural, administrative, cultural and related social determinants that influence the prognosis of the disease and constitute as a determining factor even from before the disease has been detected.

**Conclusions:** Although it was found that there are few publications that address the issue of barriers to access to the health system for breast and prostate cancer during the study period, the results allow an approximation of the panorama in Colombia where evidence that, according to the RAS, the PSE and social gaps, determine access to health, so that the guardianship is presented as a mechanism to address these access barriers.

**Keywords:** Cancer, breast cancer, prostate cancer, accesses to health system, high cost diseases, health system, Colombia, Latin America.

# Contenido

<b>Resumen</b> .....	<b>VI</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>VII</b>
<b>Contenido</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>X</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XI</b>
<b>Lista de Símbolos y abreviaturas</b> .....	<b>1</b>
<b>Glosario</b> .....	<b>2</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Problema de investigación</b> .....	<b>5</b>
1.1 Preguntas de investigación .....	9
<b>2. Justificación</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Objetivo general</b> .....	<b>11</b>
3.1 Objetivos específicos .....	11
<b>4. Propósito e impacto esperado</b> .....	<b>12</b>
4.1 Propósito .....	12
4.2 Impacto .....	12
<b>5. Marco teórico</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Metodología</b> .....	<b>19</b>
6.1 Tipo de Estudio .....	19
6.2 Población .....	19
6.3. Tamaño de Muestra, tipo de muestreo, Fuentes de recolección de la Información .....	19
<b>6.4. Limitaciones del diseño con respecto a los objetivos del proyecto</b> .....	<b>19</b>
6.5. Plan de Análisis según objetivos.....	20
6.6 Fases de la investigación .....	20
6.6.1 Fase de revisión y consulta de fuentes de información en la Web y selección de descriptores de búsqueda.....	20
6.6.2 Fase análisis de las categorías de abordaje.....	21
6.6.3 Fase de recolección, sistematización y análisis de la información .....	21
6.6.4. Fase elaboración del documento final: .....	21
6.7 Cronograma .....	22
<b>7. Presupuesto</b> .....	<b>23</b>
<b>8. Conflicto de intereses</b> .....	<b>24</b>



8.1 Declaración de uso de animales .....	24
<b>9.Aspectos éticos Resolución 8430 de 1993 .....</b>	<b>24</b>
<b>10. Resultados .....</b>	<b>25</b>
10.1 Análisis de los artículos seleccionados de las bases de datos para el cáncer de mama y de próstata .....	25
10.1.1 Artículos sobre las barreras de acceso al sistema de salud para las pacientes que presentan Cáncer de mama, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.....	29
10.1.2 Artículos sobre barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes que presentan Cáncer de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.....	34
10.2 Características de las tutelas y las barreras de acceso al sistema de salud en Ca de mama y Ca de próstata .....	38
<b>11.Discusion de resultados .....</b>	<b>43</b>
<b>12.Conclusiones.....</b>	<b>47</b>
<b>A. Anexo del formato de la matriz del análisis y la descripción de los artículos de cáncer de mama y de próstata.....</b>	<b>49</b>
<b>B. Anexo del formato de la matriz de cuantificación de las variables de las barreras de acceso de los artículos para cáncer de mama y de próstata.....</b>	<b>55</b>
<b>C. Anexo de todos los artículos seleccionados .....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>59</b>

# Lista de Figuras

Figura 1. Distribución de la mortalidad por cáncer, según sexo, en las primeras quince localizaciones, Colombia, 2007-2013. ....	14
Figura 2. Componentes del tratamiento del Cáncer. ....	18
Figura 3. Búsqueda y selección de fuentes de información. ....	20
Figura 4. Gráfica del total de artículos encontrados vs artículos específicos sobre cáncer de mama y de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia. ....	25
Figura 5. Gráfica de los tipos de estudios encontrados sobre las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia sobre el cáncer de mama. ....	26
Figura 6. Gráfica de los tipos de estudios encontrados sobre las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia sobre el cáncer de próstata. ....	26
Figura 7. Gráfica de las Barreras de acceso al sistema de salud para pacientes con Cáncer de mama y de próstata, durante el 2008- 2018 en Colombia. ....	27
Figura 8. Gráfica de Comparación de las barreras de acceso sin asociación para cáncer de mama vs Cáncer de Próstata, durante el 2008- 2018 en Colombia. ...	27
Figura 9. Gráfica del total de las barreras de acceso al sistema de salud para el cáncer de mama y de próstata en Colombia durante el periodo 2008-2018. ....	28
Figura 10. Gráfica del porcentaje por tipo de asociación de barreras de acceso al sistema de salud para las pacientes con Cáncer de mama, durante el periodo 2008-2018 en Colombia. ....	34
Figura 11. Gráfica del porcentaje por tipo de asociación de barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes con Cáncer de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia. ....	38
Figura 12. Total de las tutelas presentadas por especialidad en el periodo de 2008 a 2018 en Colombia. ....	40

## Lista de tablas

Tabla 1. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres, según departamento, Colombia, 2007- 2013. ....	15
Tabla 2. Mortalidad por cáncer de próstata, según departamento, Colombia, 2007-2013. ....	16
Tabla 3. Diagrama de Gantt. ....	22
Tabla 4. Recursos para el desarrollo del trabajo. ....	23
Tabla 5. Tutelas presentadas por el derecho a la salud por departamento en el periodo de 2008 a 2018 en Colombia. ....	39
Tabla 6. Tutelas por diagnóstico de tumores del año 2018, según régimen de afiliación. ....	42

# Lista de Símbolos y abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
OMS	Organización Mundial en Salud.
EPS	Entidad Promotora de Salud.
IPS	Institución Prestadora de Servicio de Salud.
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
GLOBOCAN	Observatorio Global del cáncer.
ASIS	Análisis de Situación de Salud.
INS	Instituto Nacional de Salud.
INC	Instituto Nacional de Cancerología.
SINCan	Sistema Nacional de Información de Cáncer.
CAC	Cuenta de Alto Costo.
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
RAS	Régimen de Aseguramiento en Salud.
PSE	Posición Socioeconómica.
Ca (ca)	Cáncer.
Cols.	Colaboradores.
PSA	Antígeno prostático específico.

# Glosario

**-ENFERMEDAD DE ALTO COSTO:** “La normatividad colombiana las define como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento y pronóstico” (1).

**-CRIBADO:** “Se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están, es una actividad de prevención secundaria” (2).

**-ESTUDIO DE CARGA DE LA ENFERMEDAD:** “Es una medida que relaciona los daños letales prematuros que ocasionan los problemas de salud con sus consecuencias en términos de discapacidad, de manera que hacen posible identificar aquellos problemas de salud que sin ser causas de muerte son causa de morbilidad, comorbilidad y discapacidades” (3).

**-INCIDENCIA:** “Mide el número de casos nuevos de la enfermedad que se desarrollan en una población de individuos a riesgo durante un intervalo de tiempo especificado, puede ser expresado por 100.000 personas; es una medida fundamental de la carga de la enfermedad” (4).

**-PREVALENCIA:** “Es el número de personas diagnosticadas con una enfermedad en algún momento de su vida y que están vivos en un momento determinado, por 100.000 personas; las estimaciones permiten reconocer los recursos requeridos para la atención de los pacientes” (4).

# Introducción

El presente es un documento en el que se realiza un análisis sobre las diversas publicaciones que han abordado el tema de las barreras de acceso al sistema de salud, para el cáncer de mama y próstata como enfermedades de alto costo durante el periodo de 2008 a 2018 en Colombia, dichas neoplasias son de gran interés a nivel mundial dado su incremento en incidencia y mortalidad. En la revisión del contexto nacional se identificaron varios factores que enmarcan el estado del sistema de salud colombiano, y como la legislación da pautas para el aseguramiento de los pacientes, encontrando que los artículos abordan el tema del gasto en salud y, cómo las instituciones limitan dicho gasto en detrimento de la salud de los pacientes.

Al hacer una lectura crítica sobre la situación en salud a nivel mundial y del país, se pudo identificar que el cáncer de mama y el cáncer de próstata son unas de las principales causas de muerte por neoplasias en Colombia y a nivel mundial, las cuales se constituyen como enfermedades que generan discapacidad en mujeres y hombres; los pacientes que presentan esta enfermedad deben enfrentar barreras de acceso para poder acceder al sistema de salud para el tratamiento de su enfermedad, con lo cual se constituye en un reto para el sistema de salud en términos de poder atender a la población y cubrir la demanda de servicios de salud, por lo cual se deben generar estrategias de promoción, prevención y rehabilitación efectivas para esta población, ya que el proceso de salud enfermedad en los pacientes que presentan esta enfermedad, requiere de un abordaje desde la perspectiva de calidad de vida, sin importar el régimen de afiliación al sistema de salud, sin embargo, esto va en contravía de lo que imponen las aseguradoras donde la visión mercantilista de la salud se impone sobre el deber ser de un servicio de salud.

En el ejercicio del país por aumentar la cobertura en salud para garantizar los servicios de salud, se puede identificar como según el RAS se presentan brechas en la atención en salud, ya que las personas del régimen subsidiado deben enfrentar mayores barreras de acceso a los servicios de salud, que resultan en inequidades en salud en términos de calidad en los servicios, oportunidad y accesibilidad, que hace que los pacientes con cáncer deban sortear toda clase de obstáculos para el tratamiento de su enfermedad, entonces la tutela se presenta como un mecanismo para enfrentar esas barreras de

acceso a los servicios de salud a fin de poder garantizar la consulta de primera vez, consulta con especialistas, agilizar trámites, y poder acceder a los medicamentos y tratamiento como cirugías, entre otros.

En la presente revisión descriptiva sobre las variables que influyen en el acceso a los servicios de salud, se puede ver como estas son transversales a todos los aspectos en la atención en salud, que generan desigualdad en la atención y vulneran los derechos de los ciudadanos, por lo que se exploraran a través de los artículos las metodologías utilizadas por los investigadores sobre este tema en Colombia.

# 1. Problema de investigación

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la OMS, publicó en el 2018 las estimaciones sobre la carga mundial de cáncer y, se estima ha aumentado en unos 18,1 millones de casos nuevos y a 9,6 millones de muertes en el 2018; uno de cada 5 hombres y una de cada 6 mujeres en el mundo desarrollaran cáncer durante su vida, y uno de cada 8 hombres y una de cada 11 mujeres muere a causa de la enfermedad. Se estima que casi la mitad de los nuevos casos de cáncer a nivel mundial en 2018 ocurrieron en Asia, en Europa el 23,4%, y en las Américas representa el 21.0% de incidencia (5).

Para el año 2018 los dos tipos principales de cáncer fueron: el cáncer de pulmón y de seno en la mujer que contribuyeron al 11,6% de la carga total de incidencia de cáncer; el cáncer de próstata es el cuarto con un porcentaje de 7.1%. En los hombres el cáncer de pulmón es el que se diagnostica con más frecuencia con un 14.5% del total de casos y le sigue el cáncer de próstata con un 13.5%; en las mujeres el cáncer de seno es el más comúnmente diagnosticado en un 24.2% y también es la principal causa de muerte por cáncer. Este aumento de la carga de cáncer a nivel mundial se debe a factores como el desarrollo social, la economía, el crecimiento de la población y el envejecimiento. Se ha observado que los países con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) más bajo tienen una mayor frecuencia de ciertos tipos de cáncer asociados con una menor supervivencia, tal vez porque el acceso, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz es menos frecuente (5).

A través de la herramienta Cáncer Mañana de la plataforma interactiva del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN) de la OMS, a partir de estimaciones del año 2018 que fueron de unos 18.078.957 de personas con cáncer, se pronostica que la incidencia futura de cáncer a nivel mundial para el año 2040 aumentará y, se pronostica será en unos 11.361.768 de casos nuevos de personas con cáncer, para un total de 29.440.725, sin distinción de sexo, edad o tipo de cáncer (6).

Para la región de América Latina y el Caribe (ALC), para el año 2012 se estimaron anualmente casi 1.1 millones de nuevos casos de cáncer, de los cuales los tipos de cáncer más comunes fueron el cáncer de seno, próstata, colorrectal y de pulmón. Las



proyecciones de carga de cáncer para el año 2030 en ALC, es que en las próximas décadas la incidencia aumente a más de 1.6 millones de casos nuevos lo que corresponde a un aumento del 66% aproximadamente, y teniendo en cuenta estas estimaciones el aumento para cada región será de: 50.2 para el Caribe, 66.3 en Suramérica y, el 73.6% para Centroamérica; el cáncer de seno es la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres en la mayoría de los países de la región, destacándose en Uruguay y Argentina, por su parte en México y en Colombia las tendencias de mortalidad se han estabilizado, pero están aumentando en Brasil y Cuba. En los hombres el cáncer de próstata es uno de los principales tipos de cáncer y causa de muerte en los hombres de la mayoría de los países de la región (7).

La carga, los patrones y las tendencias del cáncer en la región de ALC reflejan las principales transiciones sociodemográficas en curso en la región, en función del envejecimiento y crecimiento de la población, lo que supondrá a largo plazo una carga creciente de la enfermedad que impone grandes retos para los sistemas de salud al tener que mejorar las acciones de control, vigilancia y, respuesta efectiva para la atención de esta enfermedad, y la información de supervivencia del cáncer basada en la población es esencial para explicar los factores relacionados con la supervivencia a la enfermedad (7).

El cáncer es una enfermedad que está afectando actualmente a un gran porcentaje de los países con un IDH medio y bajo, por lo que es necesario que se vigilen las acciones para el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención de esta población y, en diferentes países el desarrollo de indicadores para evaluar la calidad de la atención es de gran interés debido al problema de salud pública que representa esta enfermedad, para el caso de Colombia en el sistema de salud se evidencia que no se está cumpliendo con los estándares y, esto puede deberse a la calidad del reporte por parte de las entidades a la Cuenta de Alto Costo (CAC). Estos registros poblacionales de cáncer permiten establecer los indicadores para monitorear el panorama y para gestionar adecuadamente el control del cáncer (8).

A pesar de que las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia y son enfermedades consideradas de alto costo por el MSPS, los sistemas de información se encuentran en fase de desarrollo por lo que la CAC posee información de la situación de salud para la ERC y para el VIH- SIDA (9).

El cáncer en Colombia es un problema de salud pública que va en aumento y afecta a nivel psicoafectivo, social y económico a los pacientes y sus cuidadores; para el periodo 2002-2006 en los hombres los principales tipos de cáncer fueron: de próstata, estómago y pulmón, en las mujeres fue el cáncer de mama, cérvix y tiroides (10). La OMS a partir de estimaciones del año 2018, pronostica que la incidencia futura de cáncer en Colombia para el año 2040 se prevé será de unos 88.155 de casos nuevos de personas con cáncer para un total de 190.048 personas; en las mujeres el número estimado de casos incidentes por cáncer de seno se pronostica será de unos 7.577 de casos nuevos para el año 2040 (6); en el caso de los hombres el cáncer de próstata para el año 2040 aumentará en unos 14.487 de casos nuevos (6).

Estas estimaciones con el fin de reflexionar sobre el panorama del cáncer en las poblaciones socialmente más vulnerables (a nivel de las condiciones de vida, ocupación, ingresos económicos, nivel educativo), ya que hay una mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad, morir más pronto por su causa y sin oportunidad de un cuidado paliativo, debido a que estos pacientes son diagnosticados en etapas tardías, no reciben tratamiento o porque este no es el adecuado; dichos aspectos representan inequidades en salud traducidas en términos de disparidades en la prevención, detección y tratamiento, de ahí que es necesario comprender la inequidad en salud frente al cáncer (11).

Si bien en Colombia hay una amplia oferta de servicios oncológicos en las principales capitales del país, estos se concentran en prestadores privados con una mínima participación de entidades públicas, por lo que es necesario evaluar si los actuales servicios oncológicos están en la capacidad de atender las necesidades actuales y futuras de toda la población, además se refleja una fragmentación en la prestación del servicio, hecho que no beneficia a los pacientes y hace necesario establecer servicios oncológicos con un enfoque de atención integral sin distinción del aseguramiento (12).

Desde la perspectiva de los médicos, enfermeras, administradores y usuarios, el acceso a los servicios de salud en Colombia evidencia que existe un predominio del mercado y de la rentabilidad financiera de las aseguradoras que se impone sobre el derecho a la salud; desde las normas y los planes de beneficios se generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales, lo que se suma a la falta de ética individual, institucional y, la corrupción en el manejo de los recursos; la pobreza y dispersión

geográfica de las comunidades hace que se limite aún más el acceso a los servicios de salud (13).

Para el caso de las mujeres que tienen cáncer de seno en Colombia, estas se ven enfrentadas a diferentes barreras de acceso a los servicios de salud, a pesar de la promulgación de la ley 1384 de 2010: Ley Sandra Ceballos. Con el abordaje teórico de los determinantes de la salud, se puedan establecer la existencia de esas barreras de acceso al sistema de salud, Desde esta mirada de los determinantes sociales se propone un entendimiento de cómo esas barreras de acceso al sistema de salud influyen en los pacientes que tienen cáncer, por lo que, a pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en la prevención, diagnóstico y tratamiento, el país aún está corto en esta materia (14).

En un estudio realizado en Manizales se observó que existen inequidades en salud que inciden en la supervivencia de pacientes que tienen cáncer y que están en directa relación con según el RAS y la PSE, con supervivencia más baja en los pacientes del régimen subsidiado y no asegurados, debido a un diagnóstico tardío y a las barreras para el acceso al tratamiento oportuno y efectivo, lo que se traduce en la existencia de inequidades en salud que inciden en la supervivencia de los pacientes (15).

En Medellín también se ha observado esta situación en las pacientes con cáncer de mama en condición de pobreza y afiliadas al régimen subsidiado, ya que al momento del diagnóstico llegan con tumores avanzados que implican tratamientos más radicales y evidencia fallas en la atención, por lo que se requiere identificar las barreras de acceso a los servicios de salud desde el primer nivel de atención y su impacto en la supervivencia (16).

En mujeres brasileñas que se encontraban en tratamiento de quimioterapia por cáncer de mama, la percepción de las barreras de acceso al sistema de salud, incluyen las barreras organizacionales o de los servicios de salud, por lo que las políticas de salud pública y los programas de control de cáncer deben ser de carácter prioritario para la atención de esta población (17).

Así mismo también en Brasil se ha observado que el estado socioeconómico y los servicios de salud están relacionados con la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama, ya que tienen peor pronóstico las mujeres que asisten a los servicios públicos, en parte porque el diagnóstico se realiza en una etapa avanzada de la enfermedad, lo que se traduce en desigualdades sociales, por lo que se requiere que los sistemas de salud y la sociedades desarrollen estrategias para una atención sin distinción del aseguramiento en salud (18).

Finalmente, es necesario comprender que el cáncer presenta variaciones en la distribución geográfica y social de la población del país, con un mayor riesgo de morir en las zonas alejadas y pobres, por lo que se requiere generar mejores condiciones para estos pacientes, a través de intervenciones oportunas, eficaces y articuladas para promover los factores protectores, aumentar la detección temprana y reducir la discapacidad (10).

## **1.1 Preguntas de investigación**

Por todo lo anterior, el presente trabajo se planteó con la finalidad de realizar un acercamiento a la literatura publicada con respecto a las barreras de acceso al sistema de salud y, su impacto en los pacientes que tienen cáncer dentro del contexto del SGSSS de Colombia. La pregunta central de esta de investigación es: ¿Qué se conoce en Colombia sobre las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de los pacientes que tienen cáncer?; así mismo surgen las siguientes preguntas orientadoras:

1. ¿Cuántos estudios se encuentran en la literatura sobre las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata?
2. ¿Bajo qué paradigmas se establecen las barreras de acceso en el Sistema de Salud de Colombia que interfieren en la atención integral de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata?
3. ¿Cómo influyen los determinantes sociales de la salud para el acceso a los servicios de salud, en los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata en Colombia?

## 2. Justificación

Se Justifica esta propuesta de investigación en tanto permite realizar una aproximación a la situación actual de los pacientes que tienen cáncer y sus cuidadores, en cuanto a las barreras de acceso y cómo opera el sistema de salud en Colombia, y de esta forma cómo esas barreras de acceso pueden llegar a determinar y afectar al desenlace de esta enfermedad. La OMS a través de la herramienta *Cáncer Mañana* de la plataforma interactiva del Observatorio Mundial del Cáncer, pronostica un aumento de la incidencia de cáncer a nivel mundial para el año 2040 (6); para el caso de Colombia para el año 2040, la cifra también aumentará, y se prevé en unas 88.155 de casos nuevos personas con cáncer (11).

Se hace necesario entonces que los profesionales de la salud y los actores sociales de la Salud Pública estén en la capacidad de poder abordar de manera efectiva esta problemática que va en aumento, para poder plantear soluciones que ayuden a afrontar el impacto que tendrá en las sociedades y en el sistema sanitario la atención de esta enfermedad. Es por esto que el cáncer requiere de un abordaje multidisciplinario, entendiendo que es una enfermedad que puede incapacitar y dejar secuelas las cuales pueden afectar el funcionamiento de la persona, generando costos a nivel social y económico.

Por lo tanto, se justifica investigar e indagar sobre este tema, ya que el cáncer como enfermedad de alto costo, es una enfermedad que va en aumento y por lo tanto se plantean retos en salud pública para el SGSSS de Colombia, en cuanto a la investigación, la formación del recurso humano, los proveedores del servicio de salud, y los demás actores sociales. Es importante buscar nuevos hallazgos que nos permitan identificar y hacer una aproximación a la situación de la atención en salud de estos pacientes dentro del contexto del sistema de salud de Colombia; partiendo de los estudios encontrados se buscará que ha pasado en estos diez años, que tan relevante ha sido el tema para los investigadores y si hay nuevas investigaciones y, cómo las diversas reformas han cambiado la forma de acceder a los servicios de salud y de las enfermedades de alto costo.

## **3.Objetivo general**

Explorar el conocimiento sobre las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata como enfermedad de alto costo, desde la perspectiva metodológica de una revisión descriptiva de la literatura durante el periodo de tiempo del año 2008 al año 2018 en Colombia.

### **3.1 Objetivos específicos**

3.1.1 Revisar las bases de datos seleccionadas para reconocer que se ha investigado y publicado sobre las barreras de acceso al sistema de salud y su impacto en los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata.

3.1.2 Identificar cuántos y qué clase de artículos hablan sobre las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia en pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata y, qué métodos de evaluación se usan en los estudios.

3.1.5 Identificar los tipos de barreras de acceso al sistema de salud para la atención de la población que tiene cáncer de mama y de próstata, a partir de los estudios publicados y otras fuentes de información, durante el periodo de 2008-2018.

3.1.4 Comprender y describir la forma como opera el sistema de salud de Colombia, con las EPS, IPS, hospitales y demás instituciones integrantes del sistema de salud, en cuanto a la atención en salud de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata.

3.1.5 Determinar la tutela en el contexto de los pacientes con cáncer de mama y de próstata.

## **4. Propósito e impacto esperado**

### **4.1 Propósito**

Identificar el grado de investigación que hay en América Latina y en Colombia, sobre las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de la población que tiene cáncer y, establecer qué vacíos del conocimiento se evidencian sobre el tema de investigación, y que tipos de investigación abordan el tema.

### **4.2 Impacto**

Se pretende poder establecer una aproximación del impacto de las barreras de acceso al sistema de salud, en la sobrevivencia de la población que padece cáncer como enfermedad de alto costo en Colombia, a través de una revisión descriptiva de la literatura para tener un panorama general de la problemática.

## 5. Marco teórico

Colombia tiene un sistema de salud que ha pasado por diferentes reformas como la Ley 100 de 1993 por la cual se creó el SGSSS con un sistema de aseguramiento público y privado el cual busca que toda la población tenga acceso a los servicios de salud; posteriormente con la Ley Estatutaria de Salud la 1752 del 2015, se pretendió garantizar un servicio oportuno a las personas en materia de salud, intentando ampliar su cobertura, por ello desde el Ministerio de Salud se indica que: “El número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 23 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,66% al año 2018”, sin embargo persisten barreras de acceso a la salud (19).

El gobierno colombiano ha intentado minimizar el gasto innecesario en salud, regular a las empresas presentadoras y aumentar los beneficios de los planes de salud para la población; estas normas regulatorias le han dado poder a las entidades privadas y públicas para dictar estándares de calidad. Se creó entonces una lista con siete enfermedades de alto costo las cuales son transmisibles y no transmisibles, así como enfermedades huérfanas; la regulación da lineamientos en los que se especifica que se debe hacer con este tipo de patologías y, en el artículo 7º del Acuerdo 260 del 2004 “se incluye como un servicio excluido de copagos a las enfermedades catastróficas, no obstante, para el Consejo, este tipo patologías no se encuentran completamente definidas dentro de la normatividad nacional”, por su parte en la resolución 3974 de 2009 se indica cuáles son los procedimientos de alto costo, y estas aplican tanto al régimen subsidiado como al contributivo (20). Las enfermedades de alto costo se definen como: “aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento y en la modificación del pronóstico” (1).

El cáncer (también denominada neoplasia) como enfermedad de alto costo, será de interés para esta investigación en diferentes bases de datos; entendiendo que el cáncer según la definición de la organización Mundial de la salud (OMS), se define como un proceso de crecimiento, diseminación y multiplicación incontrolados de células anormales, que



aparecen en cualquier parte del cuerpo, y pueden invadir y propagarse a otros órganos (metástasis). El tratamiento de esta enfermedad incluye: cirugía, radioterapia o quimioterapia, y un porcentaje de cánceres se podrían curar si se detectan en una fase temprana y se inicia tratamiento” (21).

La mortalidad del cáncer en Colombia se presenta con un comportamiento similar al de sur América, con tasas de mortalidad por debajo de Uruguay, Cuba, Argentina y Chile, y aunque se refleja una baja en la mortalidad, esta tendencia puede cambiar según el nivel socioeconómico (22). A continuación, se muestra una gráfica y 2 tablas sobre las tendencias de mortalidad por cáncer en Colombia.

Figura 1. Distribución de la mortalidad por cáncer, según sexo, en las primeras quince localizaciones, Colombia, 2007-2013.

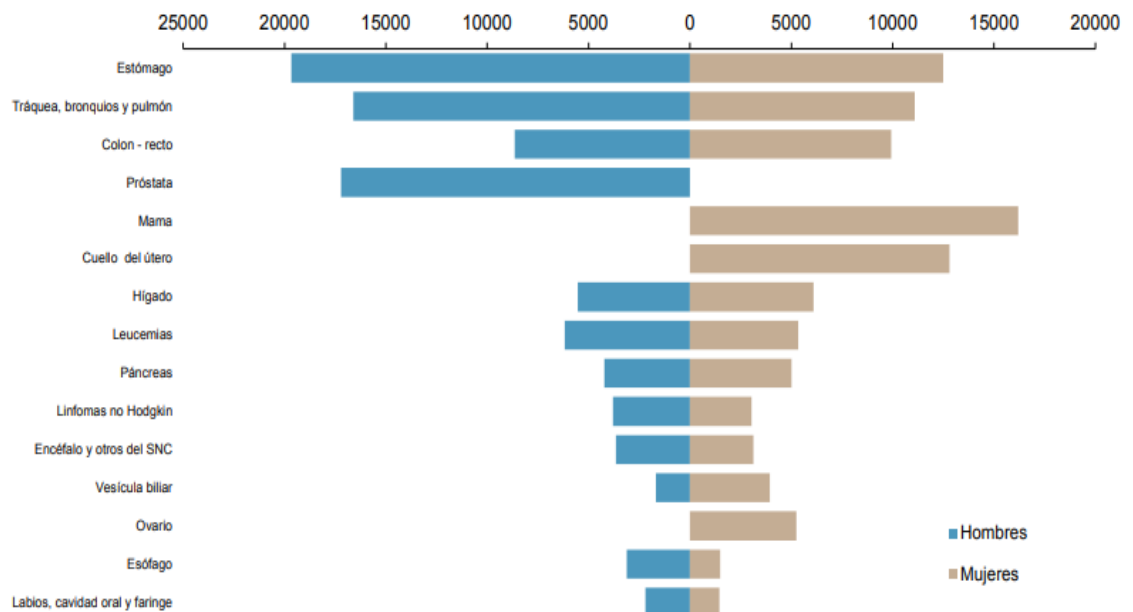


Figura 3. Distribución de la mortalidad por cáncer, según sexo, primeras quince localizaciones, Colombia, 2007- 2013

Fuente: Imagen tomada del Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia del INC-ESE. 2017 (22).

En Colombia y en el mundo se evidencia un alto porcentaje de casos reportados con esta patología, lo que lleva a pensar sobre qué está pasando en el país y cómo se comportan las instituciones prestadoras y aseguradoras ante los casos de cáncer y, que

características o dificultades hay en la atención en salud. Por lo tanto, a través de esta revisión sistemática, se pretende buscar que tanta información se ha publicado sobre el tema. Dentro del Plan Decenal de Salud Pública, se crea el plan decenal para el control integral del cáncer 2012-2021, siendo una política pilar para la reglamentación de las leyes 1384 y 1388 de 2010, leyes creadas dado al aumento de casos con esta patología en Colombia, con lo cual se busca dar respuesta y movilizar la acción del Estado y demás integrantes del SGSSS para el control de dicha enfermedad (23).

Tabla 1. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres, según departamento, Colombia, 2007- 2013.

Tabla 10. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres, según departamento, Colombia, 2007-2013

Departamento de residencia	Población* 2007-2013	Total muertes para el periodo	TC anual	TAE anual	REM	Tendencia 1994-2013		
						exp ( $\beta$ )	CPA (%)	IIT (%)
Antioquia	21'719.107	2.496	11,5	10,3	107	1,011	1,142	0
Arauca	858.248	69	8,0	11,3	115	1,046	4,579	25
Atlántico	8'209.508	1.045	12,7	12,5	129	1,019	1,856	0
Bogotá D. C.	26'701.510	3.067	11,5	10,4	108	0,999	-0,118	0
Bolívar	6'936.297	576	8,3	8,8	90	1,006	0,577	0
Boyacá	4'436.352	341	7,7	6,6	67	1,035	3,457	0
Caldas	3'495.352	459	13,1	10,6	110	1,014	1,380	0
Caquetá	1'554.197	94	6,0	7,5	81	1,028	2,767	0
Casanare	1'119.314	60	5,4	7,1	73	1,031	3,111	25
Cauca	4'559.186	309	6,8	7,0	72	1,035	3,519	0
Cesar	3'386.836	237	7,0	8,8	91	1,058	5,809	0
Chocó	1'674.023	56	3,3	5,2	50	1,031	3,131	0
Córdoba	5'521.317	335	6,1	6,8	70	1,053	5,254	0
Cundinamarca	8'685.467	754	8,7	8,3	85	1,022	2,247	0
Huila	3'775.521	361	9,6	10,1	105	1,030	3,003	0
La Guajira	2'895.006	93	3,2	4,4	45	1,011	1,150	0
Magdalena	4'167.496	324	7,8	8,9	93	1,044	4,353	0
Meta	3'034.929	273	9,0	10,2	106	1,044	4,377	0
Nariño	5'723.132	334	5,8	6,1	62	1,034	3,373	0
Norte de Santander	4'579.899	431	9,4	9,7	100	1,023	2,339	0
Putumayo	1'122.759	32	2,9	4,2	42	1,018	1,814	50
Quindío	1'959.415	287	14,6	12,1	125	1,027	2,652	0
Risaralda	3'319.103	425	12,8	10,9	112	1,013	1,310	0
San Andrés <sup>o</sup>	258.067	28	10,8	10,7	108	0,959	-4,051	0
Santander	7'121.736	737	10,3	9,3	95	1,007	0,726	0
Sucre	2'799.397	204	7,3	7,9	80	1,027	2,735	0
Tolima	4'831.148	545	11,3	10,1	103	1,030	3,024	0
Valle del Cauca	15'796.513	2.193	13,9	12,1	125	1,009	0,909	0
Grupo Amazonas <sup>oo</sup>	1'081.327	27	2,5	4,1	43	0,982	-1,762	50
Colombia	161'322.162	16.192	10,0	9,7	100	1,015	1,496	

Fuente: Imagen tomada del Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia del INC-ESE. 2017 (22).

Tabla 2. Mortalidad por cáncer de próstata, según departamento, Colombia, 2007- 2013.

Tabla 9. Mortalidad por cáncer de próstata, según departamento, Colombia, 2007-2013

Departamento de residencia	Población* 2007-2013	Total muertes para el periodo	TC anual	TAE anual	REM	Tendencia 1994-2013		
						exp ( $\beta$ )	CPA (%)	IIT (%)
Antioquia	20'750.070	2.294	11,1	11,1	101	0,991	-0,893	0
Arauca	874.268	81	9,3	13,8	121	1,005	0,511	0
Atlántico	7'991.252	1.004	12,6	14,0	126	0,991	-0,926	0
Bogotá D. C.	24'840.664	2.610	10,5	12,5	113	0,987	-1,298	0
Bolívar	6'933.131	730	10,5	11,2	100	0,994	-0,565	0
Boyacá	4'434.278	548	12,4	9,3	82	1,006	0,569	0
Caldas	3'353.163	366	10,9	8,6	76	0,983	-1,707	0
Caquetá	1'581.485	105	6,6	8,0	72	1,007	0,715	0
Casanare	1'160.203	97	8,4	13,6	122	1,061	6,084	25
Cauca	4'681.053	430	9,2	8,9	79	1,006	0,621	0
Cesar	3'377.832	388	11,5	14,5	130	1,045	4,546	0
Chocó	1'660.215	111	6,7	10,2	88	1,025	2,514	0
Córdoba	5'562.519	534	9,6	10,0	89	1,021	2,073	0
Cundinamarca	8'657.429	844	9,7	9,1	82	0,999	-0,072	0
Huila	3'806.897	408	10,7	11,0	98	1,012	1,197	0
La Guajira	2'837.644	185	6,5	9,4	83	0,995	-0,530	0
Magdalena	4'245.941	476	11,2	12,6	111	1,021	2,086	0
Meta	3'062.803	316	10,3	11,8	106	1,020	2,019	0
Nariño	5'758.452	406	7,1	6,5	59	1,018	1,820	0
Norte de Santander	4'507.734	508	11,3	11,7	105	1,006	0,554	0
Putumayo	1'161.513	58	5,0	6,7	60	1,036	3,605	0
Quindío	1'888.269	259	13,7	11,4	101	0,987	-1,300	0
Risaralda	3'156.200	416	13,2	11,5	104	1,009	0,882	0
San Andrés <sup>o</sup>	255.401	38	14,9	20,6	183	0,973	-2,683	0
Santander	6'949.921	727	10,5	9,8	87	0,991	-0,894	0
Sucre	2'876.402	251	8,7	8,4	75	1,003	0,298	0
Tolima	4'881.404	628	12,9	9,9	88	1,021	2,102	0
Valle del Cauca	14'889.070	2.361	15,9	14,6	132	0,994	-0,555	0
Grupo Amazonas <sup>oo</sup>	1'150.720	31	2,7	5,0	47	1,019	1,923	75
Colombia	157'285.933	17.210	10,9	11,1	100	0,999	-0,068	

Fuente: Imagen tomada del Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia del INC-ESE. 2017 (22).

En Colombia se creó el Observatorio Nacional de Cáncer en el 2013 en colaboración con el Instituto Nacional de Cancerología, institución responsable de la investigación del cáncer en el país. En el Observatorio Nacional de Cáncer se recopila la información sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad y atención de los pacientes que tienen cáncer, a través del SISPRO. “El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha priorizado un conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS), que reflejan la

creciente importancia de explicar las desigualdades en los resultados de salud y el comportamiento de oferta sanitaria (atención y tratamiento), así como la necesidad de conocer más sobre la evolución de las políticas adelantadas (10).

La normatividad colombiana tiene una serie de artículos y leyes que protegen y buscan que se haga efectivo el acceso de la población a tratamiento médicos y a servicios de salud integrales, sin embargo estos pueden ser negados por trámites administrativos como se ha mencionado anteriormente; estas son fallas del sistema de salud que se denominan barreras de acceso a la atención en salud y se definen como: “un conjunto de estrategias técnico-administrativas que se interponen para negar, dilatar o no prestar servicios a sus afiliados”, las cuales a su vez dificultan el acceso a servicios de salud a la población. (24).

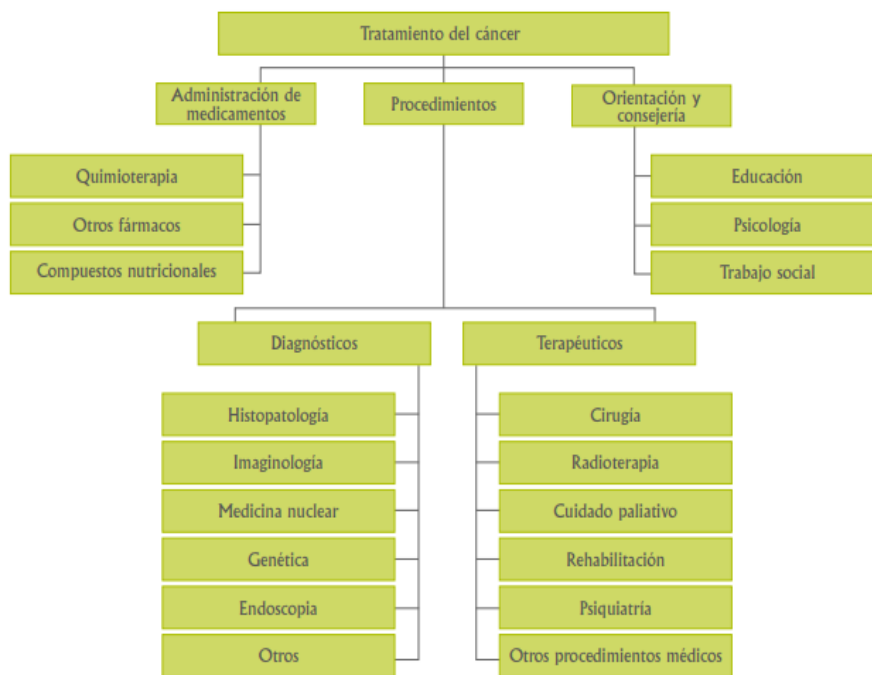
Lo anterior permite comprender qué actores pueden determinar e incidir en el acceso efectivo a los servicios de salud por parte de la población colombiana, un ejemplo clave es el de la gestión realizada por la fallecida congresista Sandra Ceballos quien padeció cáncer de seno, y gracias a su gestión se logró sancionar la Ley que llevaría su nombre o Ley 1384 de 2010, con la que se buscó impactar en la carga de la enfermedad y establecer acciones para su manejo, por lo cual el Estado y los actores del SGSSS están en la obligación de proveer de un tratamiento integral, rehabilitación y de un cuidado paliativo a todos los pacientes que tienen cáncer en Colombia (25).

Así mismo se observa que en el artículo 22 de la financiación de la Ley, se establece que *“esta se financiará con los recursos que se incorporarán en la Subcuenta de Alto Costo componente específico Cáncer y harán parte del sistema de financiamiento del SGSSS que integran los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con base en un criterio de cofinanciación y de equidad, con el propósito de generar solidaridad plena”* (26).

Aunque la normativa es clara y tanto las EPS como el Ministerio de Salud y Protección Social tienen la información para determinar el panorama del acceso a los servicios de salud y a los tratamientos, “en Colombia la información institucional oficial sobre el acceso a servicios de salud es limitada y se restringe a cifras de cobertura, de aseguramiento y, a los indicadores de camas hospitalarias y, número de tutelas por la no prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud (27).

El Instituto Nacional de Cancerología propone un modelo para el control del cáncer y a pesar de que este modelo es integral, se evidencia que en el sistema colombiano hay una falencia en la gestión de este modelo, lo que aumenta la mortalidad de por esta enfermedad. A continuación, se muestra una figura de los componentes del modelo propuesto por el INC y, según el documento los servicios de salud tienen un impacto en el tratamiento del cáncer, ya que en estos servicios confluye la concentración de los pacientes y el acceso a los tratamientos (28).

Figura 2. Componentes del tratamiento del Cáncer.



Fuente: adaptado de Kane RL. Understanding health care outcomes research. Aspen Publishers. Gaithersburg (ML); 1997.

Fuente: Imagen tomada del Modelo para el Control del Cáncer, del Instituto Nacional de Cancerología ESE. (28)

Todo este panorama permite contar con las herramientas para el análisis de la información, y poder tener una comprensión crítica sobre los servicios de salud en Colombia, las barreras de acceso y, los alcances de este para población con enfermedades catastróficas como el cáncer y, para ello es necesario tener clara la definición del término acceso en salud, según el artículo: *Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud*, el acceso en salud se define como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica (29).

## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de Estudio**

Esta investigación se desarrolló bajo el diseño de una Revisión descriptiva de la literatura las barreras de acceso al sistema de salud, en los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata, durante el periodo de 2008 al 2018 en Colombia.

### **6.2 Población**

Para esta revisión de literatura se tuvieron en cuenta todos los artículos que abordaban el tema de pacientes con Ca de mama y Ca de próstata, sin distinción de edad, sexo o raza, que tengan o no afiliación al sistema de salud de Colombia.

### **6.3. Tamaño de Muestra, tipo de muestreo, Fuentes de recolección de la Información**

Se reviso y consulto la literatura publicada en las bases de datos especializadas como: Scielo, Medline, Scopus, EBSCO y, páginas web oficiales de algunas entidades como: GLOBOCAN de la OMS, el INS, el INC, ASIS del 2017, la ENDS del 2015, información de ONGs sobre el tema a investigar, revisión de la normatividad del SGSSS de Colombia sobre el cáncer, documentos de la Defensoría del pueblo sobre tutelas en salud y, otros documentos como Tesis, Bibliotecas virtuales de Universidades, Leyes y Decretos, a través de palabras clave como: cáncer, barreras de acceso, enfermedades de alto costo, acceso a salud, servicios de salud; mediante los conectores booleanos AND y OR durante el periodo comprendido entre el año 2008 al año 2018. Una revisión descriptiva de la literatura es un componente del método científico, y tiene como fin, resumir, criticar y sintetizar la investigación sobre un tema de interés, a través de la búsqueda, análisis crítico y la obtención de unos resultados (30).

### **6.4. Limitaciones del diseño con respecto a los objetivos del proyecto**

Sesgo de publicación sobre tema de investigación.

## 6.5. Plan de Análisis según objetivos

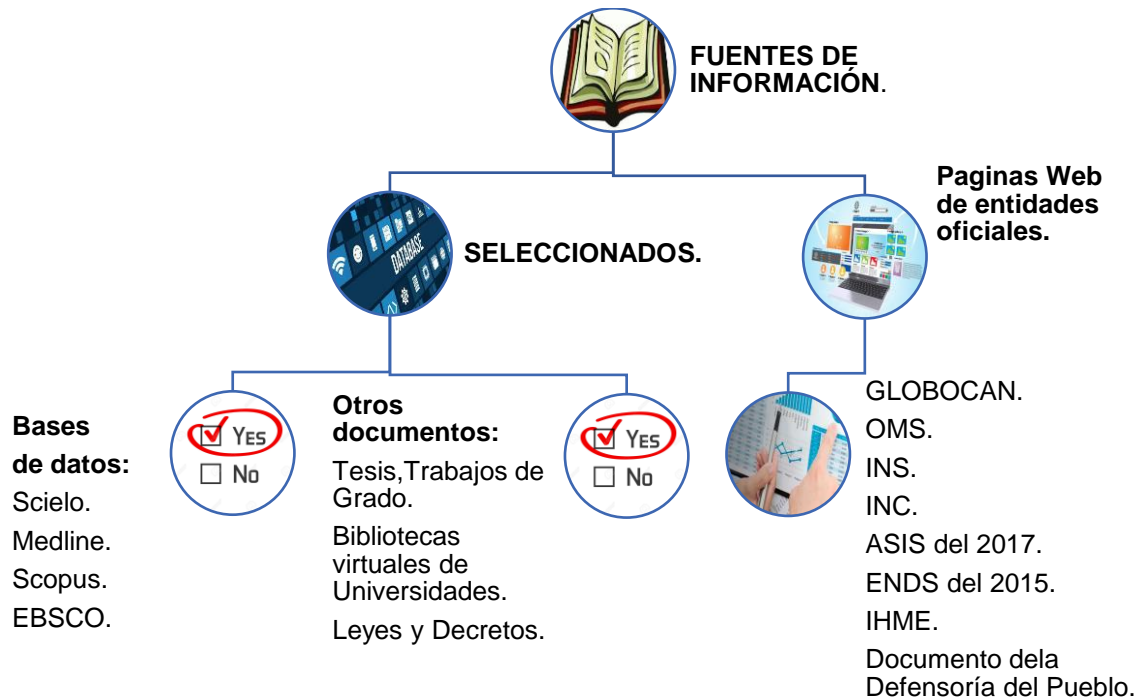
Esta investigación se desarrolló bajo la modalidad de una revisión descriptiva de la literatura, donde se buscó identificar el impacto de las barreras de acceso al sistema de salud para la atención de los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata, afiliados o no al sistema de salud, en el periodo de tiempo de 2008 a 2018 en Colombia. Este ejercicio se desarrolló en varias fases.

## 6.6 Fases de la investigación

### 6.6.1 Fase de revisión y consulta de fuentes de información en la Web y selección de descriptores de búsqueda

Se consulto la literatura publicada en las bases de datos seleccionadas, las páginas web oficiales de las entidades oficiales como: GLOBOCAN de la OMS, el INS, el INC, el ASIS, la ENDS, información de ONGs sobre el tema a investigar, revisión de la normatividad del SGSSS de Colombia sobre el cáncer, un documento de la de la Defensoría del pueblo sobre las tutelas en salud y otras fuentes de información.

Figura 3. Búsqueda y selección de fuentes de información.



Fuente: Elaboración propia de los autores.

### **6.6.2 Fase análisis de las categorías de abordaje**

En esta fase se establecieron 4 grandes categorías de barreras del acceso al sistema de salud que corresponden a: Barreras estructurales, barreras de tipo administrativo, barreras de tipo cultural y barreras relacionadas con los determinantes sociales, esto para el análisis de los artículos a partir del tema de investigación y la información encontrada en las bases de datos y demás fuentes de información.

### **6.6.3 Fase de recolección, sistematización y análisis de la información**

- Una vez recolectada y sistematizada la información de cada una de las bases de datos, se procedió a organizar, clasificar y seleccionar la información por medio de una matriz de análisis de cada uno de los artículos seleccionados en el programa office Excel, allí se crearon 2 tablas, en la primera se clasificaron los artículos según la información y, en la segunda tabla se cuantificaron las variables de las barreras de acceso al sistema de salud encontradas en cada uno de los artículos para el cáncer de mama y de próstata.
- Una vez obtenida la información del total de las variables por cada artículo, se procedió a clasificar cada uno de los artículos según las variables encontradas en las 4 grandes categorías, para esta parte se establecieron asociaciones entre las barreras de acceso dado que en muchos de los artículos se presentaban más de una barrera de acceso al sistema de salud. Posterior a este ejercicio se realizó un análisis crítico a nivel cualitativo y cuantitativo con sus respectivas gráficas, para la identificación de las respuestas y conclusiones a la pregunta problema.
- Se analizó el documento *La tutela y los Derechos en Salud y a la Seguridad Social en Colombia de 2018* de la Defensoría del Pueblo, en donde se abordaron las tutelas interpuestas por exigencia del derecho a la salud.

### **6.6.4. Fase elaboración del documento final:**

En esta fase se redactó el documento final del trabajo de grado para entrega y socialización.



## 6.7 Cronograma

A continuación, se presenta el cronograma que se llevó a cabo durante los dos semestres para la elaboración del trabajo de grado.

Tabla 3. Diagrama de Gantt.

1 SEMESTRE DE 2019.					M	E	S				
#	ACTIVIDAD.	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D
1	Asignación de tutor.										
2	Indagación de tema a investigar.										
3	Planeación del tipo de investigación y, selección del tema a investigar junto con las bases de datos.										
4	Delimitación del tema y búsqueda de información en bases de datos y, en otras fuentes de información.										
5	Análisis, síntesis y sistematización de información buscada.										
6	Redacción del anteproyecto.										
7	Entrega y presentación del anteproyecto.										
II SEMESTRE DE 2019.			M	E	S			M	E	S	S
#	ACTIVIDAD.	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D
8	Asesoría con el tutor y planeación de la continuación del trabajo.										
9	Asesoría con el tutor y diligenciamiento de matriz de análisis de los artículos.										
10	Asesoría con el tutor, y análisis cualitativo y cuantitativo de los artículos.										
11	Asesoría con el tutor, y entrega de avance de la investigación.										
12	Asesoría con el tutor para el análisis y síntesis de los resultados, para la discusión y conclusiones.										
13	-Redacción del documento final del Trabajo de Grado. -Elaboración de presentación del del Trabajo de Grado.										
14	-Entrega del documento final del Trabajo de Grado. -Presentación y sustentación del Trabajo de Grado.										

**F: febrero. M: marzo. A: abril. M: mayo. J: junio. A: agosto.**

**S: septiembre. O: octubre. N: noviembre. D: diciembre.**

## 7.Presupuesto

A continuación, se enumeran los recursos necesarios para desarrollar el trabajo.

Tabla 4. Recursos para el desarrollo del trabajo.

#	ACTIVIDAD.	RECURSOS
1	Asesorías con el tutor del trabajo de grado.	-Agenda, esferos.
2	Consulta de bases de datos seleccionadas y demás fuentes de información.	-Acceso a Internet. -Computador personal con paquete de office.
3	Análisis y selección de información.	-Acceso a Internet. -Computador personal con paquete de office.
4	Diligenciamiento y análisis de los artículos seleccionados, mediante la <i>Matriz de análisis detallado de los artículos seleccionados de las bases de datos.</i>	-Acceso a Internet. -Computador personal con paquete de office.
5	Redacción del documento final y diseño de la presentación en Power Point para sustentación.	-Acceso a Internet. -Computador personal con paquete de office Impresora, papel.
6	Sustentación de trabajo de grado.	-Salón. -Internet.

Fuente: Elaboración propia.

## **8.Conflicto de intereses**

No existe ningún tipo de conflicto de intereses entre los investigadores y alguna institución, o el objeto de estudio.

### **8.1 Declaración de uso de animales.**

No aplica.

## **9.Aspectos éticos Resolución 8430 de 1993**

En la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, se establecieron: las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en seres humanos y un título para la investigación biomédica con animales; dicha resolución establece las disposiciones éticas y demás, para la investigación en Colombia (31).

Debido a que por medio de este trabajo de grado se pretende abordar la relación entre las barreras geográficas del acceso al sistema de salud en Colombia y la situación de los pacientes que tienen cáncer, por medio de un ejercicio de revisión crítica de la literatura, no se van a realizar ningún tipo de intervención clínica o de proceso de aplicación de herramientas etnográficas para investigación en comunidades o grupos.

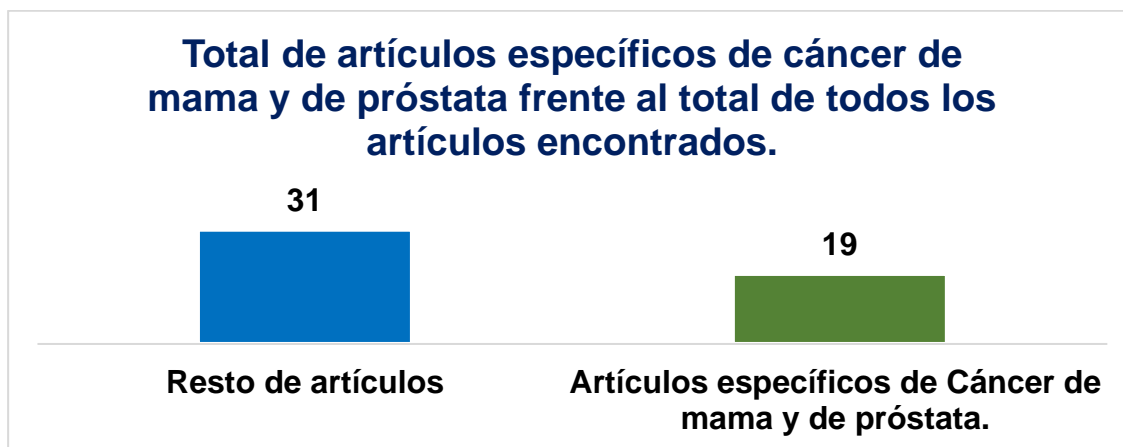
## 10. Resultados

Se presentarán los resultados en 2 áreas temáticas de la siguiente forma: 1. Análisis de los artículos seleccionados de las bases de datos para el cáncer de mama y de próstata y, 2. Características de las tutelas y las barreras de acceso al sistema de salud en Ca de mama y Ca de próstata.

### 10.1 Análisis de los artículos seleccionados de las bases de datos para el cáncer de mama y de próstata

Se seleccionaron un total de 50 artículos de todas las bases seleccionadas, de los cuales clasificaron por los criterios de selección 19 artículos específicos para el cáncer de mama y de próstata (11 artículos para ca de mama y 8 artículos para ca de próstata), el resto de los 31 artículos corresponden a artículos que tratan el tema del cáncer a nivel general y abordan más temáticas, sin embargo, se tuvieron en cuenta para la sustentación teórica de esta investigación. La Figura 4 muestra la relación de los artículos encontrados.

Figura 4. Gráfica del total de artículos encontrados vs artículos específicos sobre cáncer de mama y de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.

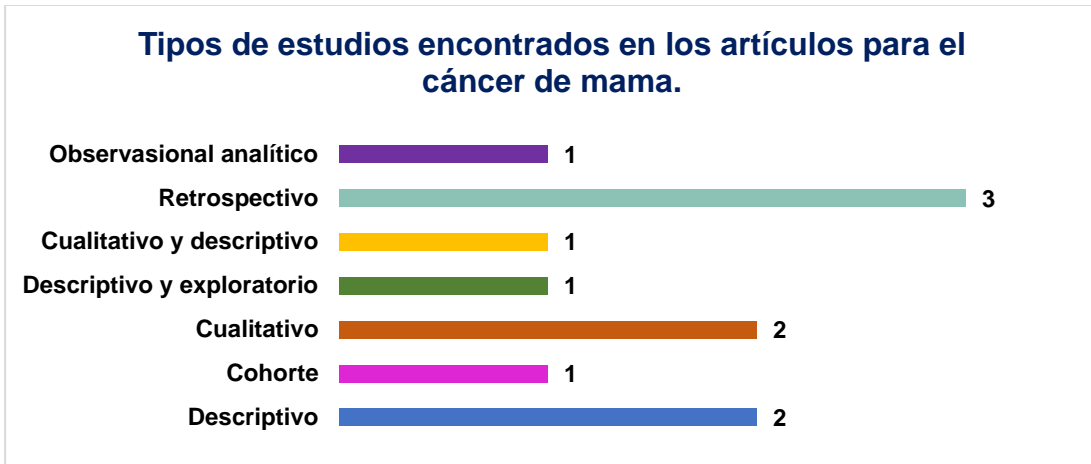


Fuente: elaboración propia de los autores.

A continuación, se observan las Figuras 5 y 6 que corresponden al porcentaje de los tipos de estudio encontrados en los artículos para el cáncer de mama y de próstata, en dichas gráficas se puede observar que para el caso del cáncer de mama se presenta con mayor

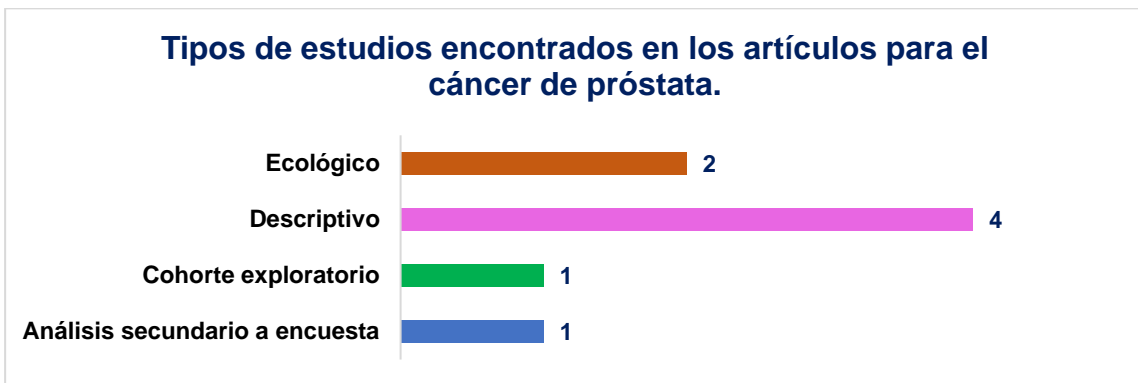
porcentaje el tipo de estudio retrospectivo y, en el caso del cáncer de próstata se presenta con mayor porcentaje el tipo de estudio descriptivo.

Figura 5. Gráfica de los tipos de estudios encontrados sobre las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia sobre el cáncer de mama.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Figura 6. Gráfica de los tipos de estudios encontrados sobre las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia sobre el cáncer de próstata.

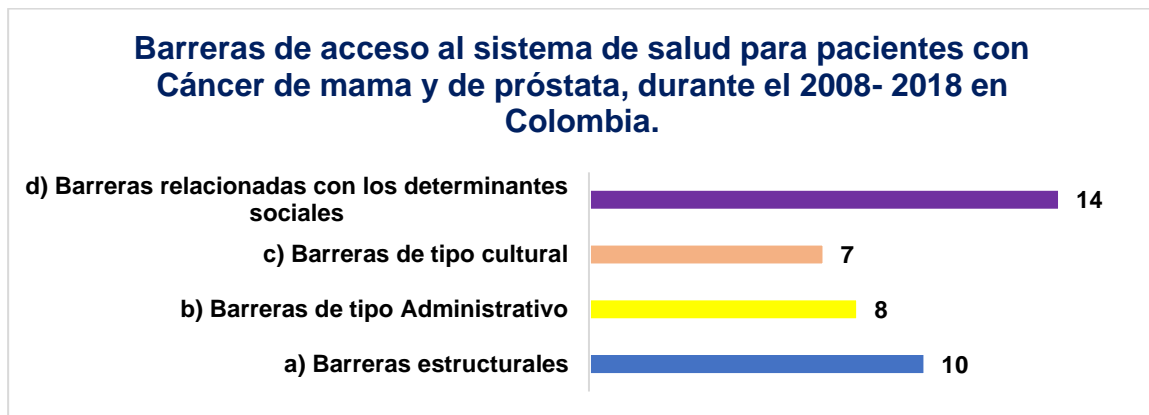


Fuente: elaboración propia de los autores.

A lo largo de la lectura de los resultados para el cáncer de mama y de próstata, los autores se han valido de varias categorías de análisis para poder abordar el tema de las barreras de acceso y como operan estas en el sistema de salud en Colombia, a continuación, se observa la Figura 7 del total de las barreras de acceso al sistema de salud para ambos tipos de cáncer, en donde se evidencia que las *Barreras relacionadas con los*

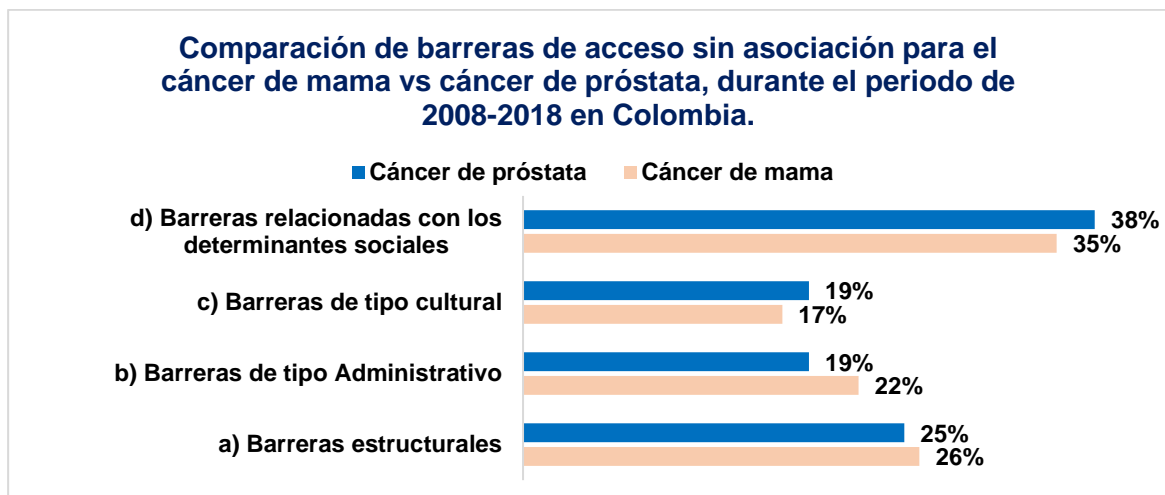
*determinantes sociales*, se presentan con el mayor porcentaje frente a las demás, lo que podría indicar que se constituye como una categoría importante a la hora de comprender el acceso al sistema de salud, incluso desde antes del diagnóstico de la enfermedad.

Figura 7. Grafica de las Barreras de acceso al sistema de salud para pacientes con Cáncer de mama y de próstata, durante el 2008- 2018 en Colombia.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Figura 8. Grafica de Comparación de las barreras de acceso sin asociación para cáncer de mama vs Cáncer de Próstata, durante el 2008- 2018 en Colombia.



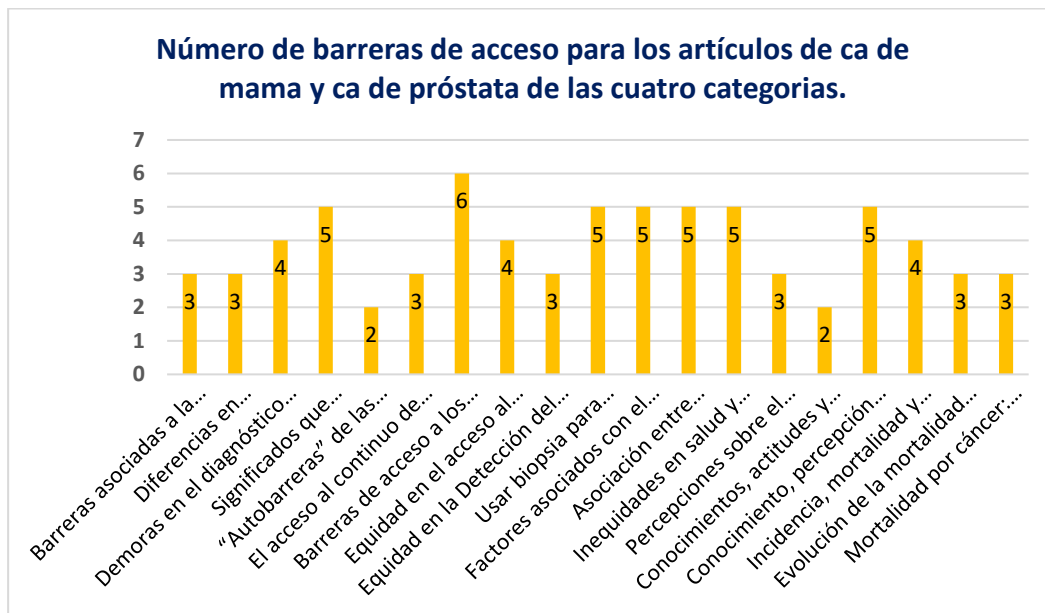
Fuente: elaboración propia de los autores.

En esta gráfica se observa que para el cáncer de próstata las barreras estructurales y las barreras relacionadas con los determinantes sociales se presentan con el mayor porcentaje, por su parte para el cáncer de mama se observa que igualmente las barreras

relacionadas con los determinantes sociales están con el mayor porcentaje, seguido por las barreras de tipo estructural y administrativo.

Para el análisis crítico de los artículos seleccionados, se partió de la propuesta de Vargas Lorenzo en su Tesis Doctoral sobre las Barreras de acceso, por lo cual se dividió en cuatro grandes categorías de abordaje las barreras de acceso que serán las usadas en esta investigación: I) Barreras estructurales, como aquellas relacionadas con la fragmentación en la prestación del servicio, problemas con afiliaciones y características del régimen de afiliación; II) Barreras de tipo Administrativo, corresponden a problemas y demoras en la asignación de las citas, largas filas, problemas con autorizaciones, maltrato, demoras en atención de primera vez y, falta de insumos para procedimientos; III) Barreras de tipo cultural, indican la información y el imaginario colectivo frente a la enfermedad, experiencias negativas previas sobre la misma, la percepción de riesgo frente a la enfermedad o no percepción de riesgo y, IV) Barreras relacionadas con los determinantes sociales, tiene que ver con la posición socioeconómica, la discriminación social de las aseguradoras y, el desconocimiento de los derechos (32). La Figura 9 muestra el total de las barreras de acceso encontradas en cada uno de los artículos para el Ca de mama y Ca de próstata que se contemplan en cada una de las cuatro categorías.

Figura 9. Gráfica del total de las barreras de acceso al sistema de salud para el cáncer de mama y de próstata en Colombia durante el periodo 2008-2018.



Fuente: elaboración propia de los autores.

Los artículos sobre Ca de mama tienden a describir más barreras que los artículos sobre cáncer de próstata. Para ca de mama se describen al menos dos barreras por artículo, incluso dos artículos describen cinco barreras de acceso que en su mayoría surgen de los determinantes sociales y de la operación del sistema.

### **10.1.1 Artículos sobre las barreras de acceso al sistema de salud para las pacientes que presentan Cáncer de mama, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.**

Del filtro realizado se seleccionaron y clasificaron 11 artículos sobre los cuales se ha investigado y estudiado el tema del cáncer de mama y las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia, a continuación, se presentan según asociación entre las barreras de acceso, dado que en muchos de los artículos se evidencia la presencia de más de un tipo de barrera de acceso, esto teniendo en cuenta las variables de cada artículo. De los 11 artículos seleccionados se tuvieron en cuenta tres artículos relacionados con: el autoexamen de mama, el acceso a la mamografía para la detección temprana del cáncer de mama y la equidad en el uso de la biopsia para diagnóstico del cáncer de mama, dada su importancia para poder comprender de manera amplia su importancia dentro del pronóstico de las pacientes y, poder comprender como se presentan barreras de acceso al sistema de salud, desde antes de ser detectada o diagnosticada esta enfermedad.

- **Artículo con Barreras de tipo estructural y cultural.**

-En un artículo sobre las barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno (AEM) en mujeres de 18 a 50 años, Martínez Torres y cols. encontraron que los factores como la edad, los antecedentes familiares, el estado de civil (las mujeres solteras muestran mayor tasa de realización del AEM), el no tener asesoría por parte de un profesional de la salud para el AEM y, no tener antecedentes familiares para cáncer de mama, están asociados como barreras para el AEM. *Ver anexo A (33).*

- **Artículos con Barreras de tipo Administrativo y relacionadas con los determinantes sociales**

-Egurrola Pedraza y cols. en su artículo sobre las la supervivencia y el aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama, encontraron que existen diferencias entre los



regímenes de aseguramiento en salud para la atención de las pacientes con cáncer de mama, por lo que la supervivencia en las pacientes más pobres es menor, siendo las afiliadas al régimen subsidiado las que llegan al momento del diagnóstico con tumores de mayor tamaño y estadios más avanzados, que resulta en tratamientos más radicales como la mastectomía y el vaciamiento axilar. Los autores concluyen que la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y tiempos de acceso para atención y diagnóstico es mejor en el régimen contributivo que en régimen subsidiado. *Ver anexo A (16).*

-En un estudio realizado por Piñeros y cols., a 1106 mujeres en tratamiento de cáncer de mama los autores encontraron que hay diferentes barreras que impiden el acceso de las mujeres a pruebas de tamizaje, así como a tratamientos, donde es evidente la inequidad en salud. El diagnóstico y el tratamiento fueron más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo, afiliadas a un régimen especial de salud, de estrato socioeconómico más alto y cuando se consulta por tamización...”; en este sentido se observa que aquellas mujeres que a través del tamizaje se les detectó la enfermedad, tuvieron mayor probabilidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos, comparadas con las mujeres sintomáticas y, teniendo en cuenta la situación de Colombia donde el “tamizaje con mamografía es de más fácil acceso solo para algunas mujeres. *Ver anexo A (34).*

-Aunque en el desarrollo de las acciones civiles se crea la Ley Sandra Ceballos (1384 de 2010), que fue promulgada con la finalidad de mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en Colombia, se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud para las pacientes con cáncer de mama que están determinadas socialmente. En un estudio de Sánchez y cols., se proponen seis categorías para comprender como operan las barreras de acceso desde la perspectiva de los determinantes sociales, por lo que estudiaron las narrativas de mujeres con cáncer de mama. *Ver anexo A (14).* A continuación, se muestran las categorías planteadas por los autores.

l) La posición socioeconómica, se relaciona con las mujeres que ocupan los niveles más bajos de la pirámide social, con poca capacidad de pago, y que a pesar de tener una afiliación al sistema de salud, deben asumir de su bolsillo pagos adicionales (a pesar de no contar recursos), con la finalidad de lograr una atención en salud, situación que termina en retrasos en la atención, en exámenes diagnósticos y tratamiento inicial (14).

II) El desconocimiento de los derechos, para hacer un reclamo oportuno y eficaz para reclamar sus derechos y, frente a los servicios, los tiempos excesivos para la asignación de citas y el suministro de medicamentos y materiales (14).

III) La discriminación social de las aseguradoras que determinan el acceso, a partir de la configuración de una serie de patrones asociados con una atención diferenciada por la procedencia (rural o urbana), el estrato socioeconómico, la apariencia, la ocupación y el nivel adquisitivo (14).

IV) Las barreras geográficas, determinadas por el aspecto del fraccionamiento de los servicios ofrecidos por las aseguradoras en diferentes instituciones en una misma ciudad o en varias ciudades, ya que muchas mujeres deben realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o hacia otras ciudades para poder acceder al tratamiento, también se observan restricciones económicas, dificultades de transporte (14).

V) Las barreras laborales, en el sentido de que el empleo se convierte, en una barrera para acceder al tratamiento, por lo cual muchas deben renunciar, por dificultades con sus empleadores y compañeros por el alto número de incapacidades (14).

VI) Las barreras propias del sistema, por dificultades administrativas y desinformación impuesta por el asegurador en el sentido de una contratación insuficiente de proveedores y prestadores (Contrato con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos), y con los trámites para acceder a la atención (14).

▪ **Artículo con Barreras de tipo cultural y relacionadas con los determinantes sociales**

Los autores Ramos-Jaraba y Carrillo-Pineda, los cuales desarrollaron una investigación cualitativa con enfoque etnográfico sobre los significados que construyen las mujeres afro descendientes frente al cáncer de mama, evidenciaron que el significado que estas mujeres construyen entorno a su enfermedad va más allá del ámbito biológico y está determinado por la percepción de un sistema de salud excluyente, precario, donde los servicios de salud se concentran en las grandes ciudades, lo que representa una situación de inequidad geográfica, que les limita el acceso y atención en salud a un tratamiento

oncológico, lo cual generan un desplazamiento de estas mujeres hacia otras ciudades para poder tener acceso al tratamiento de la enfermedad. *Ver anexo A (35).*

#### **Artículo con Barrera de tipo de cultural**

En su artículo los autores Ceballos García y Giraldo Mora en su investigación indican que existen auto barreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, porque aun sabiendo que tienen la enfermedad, no inician el tratamiento de manera oportuna, ya que se tiene una interpretación del proceso de la enfermedad y del tratamiento de manera errada, dichas auto barreras establecidas desde el temor al ámbito y tratamiento médico, el retraso para consultar por considerar prioritarios los compromisos laborales y familiares, y las experiencias previas negativas frente al tratamiento del cáncer, que pueden llevar a las mujeres a buscar otras alternativas de tratamiento. *Ver anexo A (36).*

#### ▪ **Artículo con Barreras de tipo Administrativo y cultural**

El autor Martínez enfoca su estudio desde la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama sobre la continuidad de la atención en salud y, se evidencia que se ve influenciada por factores como: I) los sistemas administrativos, relacionadas con fallas en la transferencia de información entre la atención primaria y la secundaria, las pérdidas de las órdenes de referencia, el extravío de la historia clínica y el uso de sistemas de asignación de citas poco confiables, II) los profesionales encargados de la atención, en cuanto a la renovación del personal médico, las deficiencias en la comunicación y en el suministro de información al paciente y, III) las acciones de las pacientes frente a su tratamiento y la participación en la toma de decisiones compartidas, todos estos aspectos resultan en retrasos y poca continuidad en el tratamiento; todos estos que se presentan como barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama. *Ver anexo A (37).*

#### ▪ **Artículos con Barreras de tipo estructural y relacionadas con los determinantes sociales**

En dos estudios realizados por Charry y cols., sobre *La equidad en el acceso al tratamiento* y *La equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia*, se observa por una parte en el estudio sobre la equidad en el acceso al tratamiento que este es inequitativo, ya que las mujeres más vulnerables enfrentan mayores barreras de acceso, en el sentido de que el tipo de afiliación es un factor del acceso al tratamiento para cáncer

de mama, es decir que existen inequidades debidas a la condición de afiliación y estas se relacionan con la condición socioeconómica de las pacientes que presentan esta enfermedad. *Ver anexo A (38).*

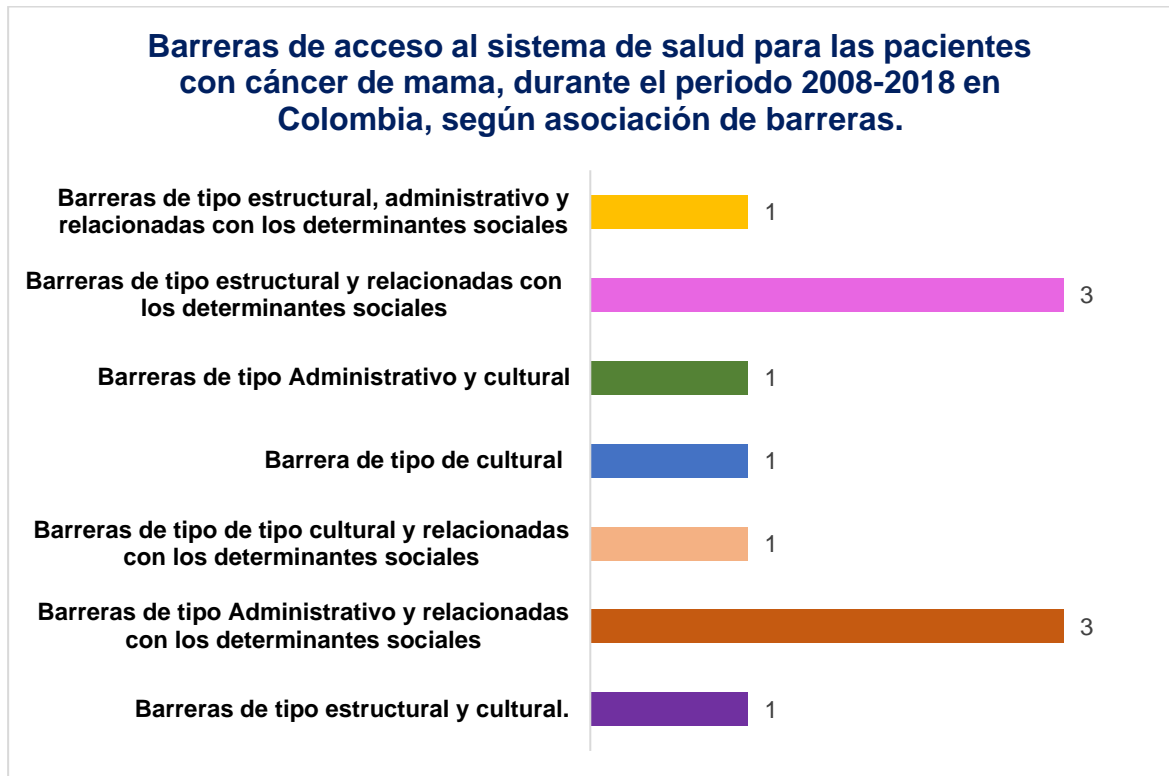
Por su parte en el tema de la equidad en la detección del cáncer de mama en Colombia, los autores encontraron que el uso de una mamografía para detección temprana del cáncer de mama es inequitativo pues tienen mayor probabilidad de hacerlo de manera oportuna, las mujeres afiliadas al régimen contributivo frente a las mujeres afiliadas al régimen subsidiado o las pobres sin afiliación, que a su vez se asocia con un menor nivel educativo y más vulnerabilidad en la escala social, es decir que en razón al seguro de salud y mayor nivel educativo aumenta la probabilidad de hacer uso efectivo de una mamografía de detección de cáncer de mama. *Ver anexo A (39).*

-En un tercer artículo de Charry y cols. se centró en una investigación sobre la equidad en el acceso a la biopsia para diagnóstico del cáncer de mama en Colombia, y pudieron determinar que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen una mayor probabilidad de enfrentar barreras económicas para acceder a la biopsia donde identifica que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen mayor probabilidad de tener que desplazarse a otra ciudad para poder acceder a la biopsia para el diagnóstico de cáncer de mama, sumado a las barreras económicas y geográficas. *Ver anexo A (40).*

- **Artículo con Barreras de tipo estructural, administrativo y relacionadas con los determinantes sociales**

-En un artículo de Sánchez y cols. sobre los factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una ONG, los autores encontraron que las barreras de acceso a exámenes diagnósticos e inicios de tratamiento (negación de servicios) se presentaron por falta de convenios con las EPS o porque no estaba incluido en el POS y llevo a las personas a interponer tutelas para poder acceder a los servicios de salud para su enfermedad, así mismo se encuentra diferencia entre los regímenes contributivos y subsidiados para el acceso a los servicios de salud; los autores encontraron una asociación significativa entre el hecho de pertenecer a los estratos socioeconómicos 4 o 5 (y tener escolaridad superior a la secundaria), frente a un tratamiento oportuno para el cáncer de mama. *Ver anexo A (41).*

Figura 10. Gráfica del porcentaje por tipo de asociación de barreras de acceso al sistema de salud para las pacientes con Cáncer de mama, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.



Fuente: elaboración propia de los autores.

En esta gráfica se observa que los investigadores han evidenciado el tema de las *Barreras relacionadas con los determinantes sociales*, como un factor determinante a la hora de poder acceder al sistema de salud para la atención de la enfermedad en Colombia.

### 10.1.2 Artículos sobre barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes que presentan Cáncer de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia

Se seleccionaron 8 artículos sobre los cuales se ha investigado y estudiado el tema sobre el tema de la relación del Cáncer de mama y la barreras de acceso al sistema de salud en Colombia (2008-2018) y, de los cuales se realizó la clasificación según el tipo de barrera de acceso a la que corresponde cada uno, quedando así: 2 artículos con Barreras de tipo estructural, administrativo y relacionadas con los determinantes sociales, 2 artículos con

Barreras de tipo de cultural, 1 artículo con Barreras de tipo de cultural relacionadas con los determinantes sociales, 2 artículos con Barreras de tipo estructural y relacionadas con los determinantes sociales y, 1 artículo con Barreras de tipo administrativo y relacionadas con los determinantes sociales.

De los 8 artículos seleccionados se tuvieron en cuenta artículos relacionados con: la tamización del cáncer de próstata y, el conocimiento, actitudes y practicas frente a la enfermedad, dada su importancia para poder comprender de manera amplia, como influyen esas barreras de acceso para la atención del cáncer de próstata dentro del sistema de salud de Colombia, desde antes de ser detectada o diagnosticada esta enfermedad.

- **Artículos con Barreras de tipo estructural, administrativo y relacionadas con los determinantes sociales**

-En un estudio de Borda y cols. sobre la asociación entre tamización de cáncer de próstata y vinculación al sistema de salud en los adultos mayores, se encontró que existe una relación de inequidad en cuanto a la oportunidad para el examen de tamización para el cáncer de próstata, relacionada con el régimen de aseguramiento en salud (RAS), ya que los pacientes afiliados al régimen contributivo o subsidiado tienen una mayor oportunidad para ser tamizados frente a los pacientes vinculados-no asegurados; se observa que el régimen subsidiado tienen casi 4 veces más oportunidad de tamización que el vinculado, y los del régimen contributivo tienen casi 9 veces más oportunidad de tamización, sin embargo la diferencia de oportunidad de tamización con respecto RAS, es independiente de la escolaridad, el estrato social y la presencia de depresión; si la detección de cáncer de próstata es tardía este seguirá en aumento y, aquellos hombres “afiliados al régimen contributivo tenían mayor oportunidad para ser tamizados con respecto a los vinculados/no asegurados, al igual que los del régimen subsidiado. *Ver anexo A (42).*

-En un estudio de Arias y De Vries cuyo objetivo fue analizar la supervivencia de pacientes con cáncer de próstata y otros, según RAS y posición socioeconómica (PSE), observaron que hay diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia de pacientes con cáncer según RAS, con supervivencia más pobre en los pacientes del régimen subsidiado y no asegurados, es decir que existen inequidades en la supervivencia de pacientes con cáncer relacionadas con el RAS y con la PSE; en el sentido del RAS tal vez por diagnóstico

tardío y barreras para el acceso al tratamiento oportuno y efectivo, debido a la demora en la autorización por parte del asegurador para los procedimientos médicos y, en el sentido de la PSE ya que ante esas demoras los pacientes terminan pagando de su bolsillo algunos servicios, afectando de manera significativa a las personas de bajos recursos económicos, por lo que algunos terminan por no poder acceder a un diagnóstico y tratamiento de manera oportuna. Ver anexo A (15).

▪ **Artículos con Barreras de tipo de cultural**

-Muñoz y cols. en su artículo sobre las percepciones del cáncer de próstata en hombres mayores de 45 años, encontraron que las barreras de tipo cultural, económico y de acceso a los servicios de salud, superan los beneficios percibidos con el tratamiento, los pacientes perciben la severidad de la enfermedad, sin embargo, esta percepción no es suficiente para motivarlos para un examen diagnóstico; estos resultados relacionados tal vez con la “falta de información sobre la condición asintomática del cáncer de próstata y en la demostración de la inocuidad del examen digital rectal”. Se reconocieron tres barreras relacionadas con las percepciones sobre el cáncer de próstata: falta de conocimientos, afectación de la masculinidad y dificultad en el tratamiento. Ver anexo A (43).

-Por su parte Arbeláez y Montealegre, en su estudio de corte transversal para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los hombres sobre los exámenes para la detección temprana del cáncer de próstata, establecieron las siguientes tres categorías de análisis: conocimiento adecuado e inadecuado, actitud adecuada e inadecuada y, práctica adecuada e inadecuada, dando como resultado que el 31,3 % de los participantes presentaron conocimientos inadecuados, el 56,6 % actitudes inadecuadas y el 61,4 % de prácticas inadecuadas, estas últimas podrían considerarse barreras a nivel cultural de conocimiento y percepción frente a la enfermedad. Ver anexo A (44).

▪ **Artículo con Barreras de tipo de cultural y relacionadas con los determinantes sociales**

-En un artículo de Fajardo Zapata y Jaimes Monroy sobre el conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años, se encontró que existe una relación entre el nivel académico y el conocimiento sobre el examen de próstata, la práctica del examen y la disposición para la realización del examen. Los

factores que están relacionados son el nivel educativo, las creencias personales y la falta de promoción por parte de las instituciones de salud. *Ver anexo A (45)*.

- **Artículos con Barreras de tipo estructural y relacionadas con los determinantes sociales**

En un estudio de Restrepo y cols. sobre la incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, durante el periodo 1962 a 2011, se encontró que la supervivencia relativa al cáncer de próstata se asoció con la edad, periodo de diagnóstico y estrato socioeconómico de manera significativa; hay evidencia de mejoría en la supervivencia en el cáncer de próstata y disminución en su mortalidad, sin embargo se observa incremento en la incidencia del cáncer de próstata que coincide con la implementación del PSA en Cali, que pudo ser posible por el cambio de la legislación en salud en 1993, que permitió acceso a los servicios de salud a más personas. *Ver anexo A (46)*.

Poveda y cols. en su estudio sobre la evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia, encontraron que en el registro de las tasas por mortalidad por departamento “el registro es mayor en aquellos que poseen una mayor población de habitantes y de especialistas urólogos, como en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, siendo esta región donde hay mayor nivel educativo, de urbanización y acceso a un salario...”, para el caso de la Amazonía se observa que “la tasa de mortalidad documentada es la más baja y está relacionada con deficiencias en el acceso a los servicios de salud para la población, específicamente la indígena”; del 2008 al año 2012 se observa una disminución en algunas regiones tal vez por la introducción del antígeno prostático específico (PSA) en el sistema de salud. *Ver anexo A (47)*.

- **Artículo con Barreras de tipo administrativo y relacionadas con los determinantes sociales**

En un estudio realizado por Bustamante y cols. sobre la mortalidad por cáncer en el adulto mayor, concluyeron que “la detección tardía de un tumor maligno puede deberse a la presencia de síntomas de enfermedades crónicas frecuentes en esta edad y a la ausencia de coberturas médicas preventivas, las cuales pueden estar dirigidas a la atención propiamente dicha o ausencia de cobertura del sistema de seguridad social”, en Colombia el riesgo de morir por cáncer de próstata en el año 2008 fue de 14,6 por cien mil habitantes. *Ver anexo A (48)*.



Figura 11. Gráfica del porcentaje por tipo de asociación de barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes con Cáncer de próstata, durante el periodo 2008-2018 en Colombia.



Fuente: elaboración propia de los autores de los artículos seleccionados.

En esta gráfica se observa que los investigadores al igual que con el cáncer de mama, han evidenciado el tema de las *Barreras de acceso relacionadas con los determinantes sociales*, como un factor determinante a la hora de poder acceder al sistema de salud para la atención de la enfermedad.

## 10.2 Características de las tutelas y las barreras de acceso al sistema de salud en Ca de mama y Ca de próstata

La tutela en Colombia es un mecanismo legal el cual le permite a los colombianos acceder a los derechos que se le han vulnerado, es un mecanismo que tienen los ciudadanos para acceder a diversos servicios y en especial a los servicios de salud, por lo que el número de tutelas aumentó desde la creación del modelo de salud actual. La Defensoría del Pueblo realiza un informe anual sobre las tutelas y el motivo por el que estas son interpuestas, en estos informes se cuenta la cantidad de tutelas que se interponen por año (49).

Para esta revisión se tomó también como fuente primaria el documento *La tutela y los Derechos en Salud y a la Seguridad Social - 2018* de la Defensoría del Pueblo; a pesar de que en el documento se abordan todas las tutelas presentadas por los pacientes para

poder acceder al sistema de salud para poder tratar sus enfermedades, se tomaron y analizaron las cifras del total de las tutelas presentadas durante el periodo de estudio de esta revisión, específicamente del tema de Oncología. A continuación, se presenta Tabla 5 donde se sintetiza la información encontrada en el documento de la defensoría del pueblo, del total de las tutelas presentadas en todos los departamentos del país en el periodo de 2009 a 2018; sin embargo, de los informes presentados por la Defensoría del Pueblo no se encontró información reportada para el año 2016.

Tabla 5. Tutelas presentadas por el derecho a la salud por departamento en el periodo de 2008 a 2018 en Colombia.

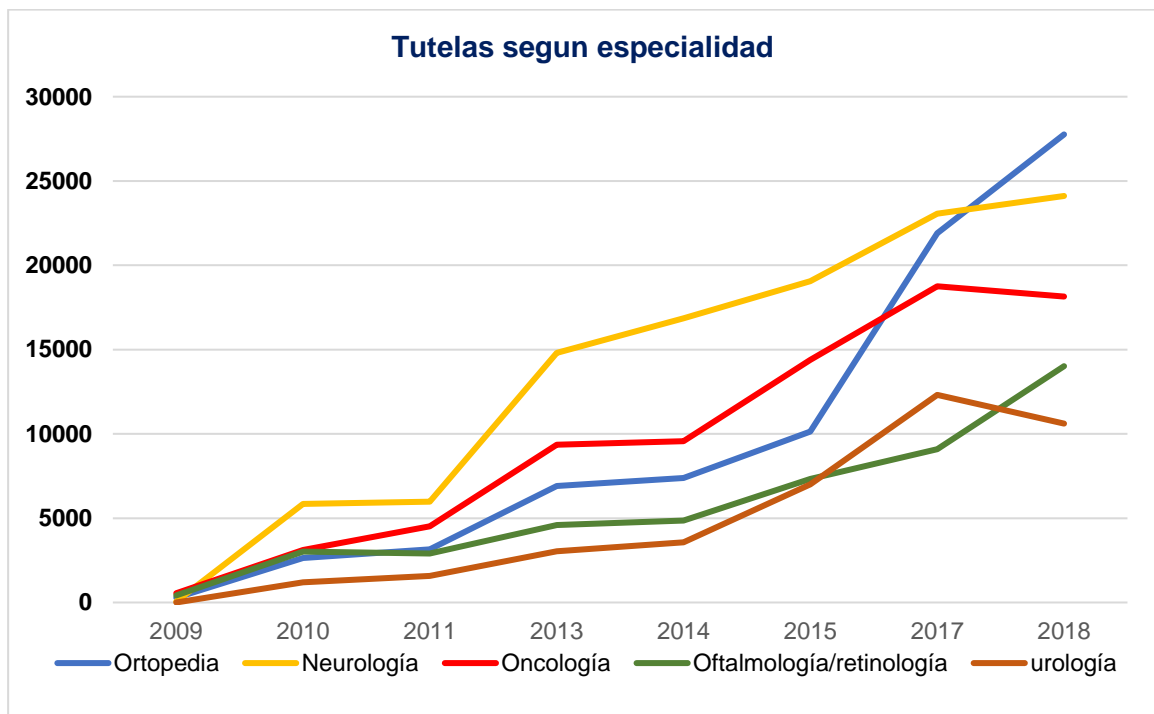
Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2018
Antioquia	28766	24758	24806	26838	25036	24239	32539	136012	129467
Valle	11070	10116	12934	12707	12389	1359	17898	56722	60969
Bogotá	10893	9390	9550	9860	13349	12679	17148	100343	106686
Caldas	5805	6449	7137	7529	7758	8226	9477	20777	18890
Santander	5622	5351	6220	7392	7228	8226	7920	29256	30857
Risaralda	3813	3636	4090	4525	4151	4662	6292	18499	18712
Tolima	3558	3843	4325	4414	4478	4604	5523	19254	17564
Cauca	3541	3276	3160	3507	2843	2956	3420	11643	10969
Atlántico	3334	2956	2976	3587	4251	3859	3766	21369	20256
Norte de Santander	2814	3313	4674	5536	5548	5682	8170	27357	26169
Magdalena	2106	1547	1801	1822	1861	1865	1917	11386	11210
Cesar	1994	2105	2847	2801	3362	3513	3637	12242	13796
Quindío	1811	1591	2398	2750	2176	2614	3625	9522	8369
Córdoba	1783	1466	2041	2488	2607	2704	4471	11878	12181
Nariño	1736	2215	2090	2185	1995	2095	3420	9757	10445
Huila	1636	1598	1937	1917	2082	2902	3677	14650	13595
Cundinamarca	1414	1361	1858	2367	2406	2244	2887	11793	14055
Boyacá	1258	1387	1772	1614	1535	1629	2130	10661	10914
Meta	1170	1511	2156	2416	2302	2094	2801	15867	14941
Sucre	886	1022	906	1092	1202	1318	1432	5786	3805
Caquetá	491	619	585	722	806	795	1050	16210	13476
Choco	450	505	485	519	374	401	513	2246	2492
La guajira	417	478	661	674	754	650	714	3326	2990
Arauca	227	353	413	592	486	617	1164	2520	3294
Casanare	162	252	336	641	535	473	873	2966	3060
San Andrés	151	93	178	173	203	271	457	949	854

Putumayo	132	177	326	286	181	206	291	5362	6117
Guaviare	81	86	86	218	126	118	83	338	510
Amazonas	54	62	143	118	133	206	83	4555	523
Guainía	31	47	76	65	68	64	42	239	350
Vichada	28	63	68	75	78	57		217	233
Vaupés	8	13	20	17	36	21		226	172

Fuente: Datos de la Defensoría del Pueblo (49), elaboración propia de los autores.

En esta tabla se visibiliza la cantidad de tutelas puestas por los colombianos para acceder a servicios de salud, así mismo se evidencia como estas tutelas se concentran en departamentos como Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá , entre otros, lo cual se puede interpretar de varias formas y una de ellas es el porcentaje de personas que habitan en estos lugares en comparación a ciudades remotas, así como los accesos a educación y, estamentos gubernamentales que le permita poner este tipo de tutelas para acceder al derecho a la salud.

Figura 12. Total de las tutelas presentadas por especialidad en el periodo de 2008 a 2018 en Colombia.



Fuente: Datos del informe de la Defensoría del pueblo (49), elaboración propia de los autores. Durante la creación de esta gráfica no se encuentro información de los años 2012 y 2016.

Para la creación de esta gráfica se revisaron los documentos de la defensoría del pueblo en la que se identifican cuáles son las especialidades por las que más se colocan tutelas, identificando que la especialidad de oncología se encuentra entre las tres primeras y, presenta un aumento con el paso de los años en la cantidad de tutelas ante el sistema de salud. Este informe también indica una falta de especialización en los servicios exigidos para la atención del cáncer Infantil y en los adultos (49).

En el análisis del porqué del aumento de las tutelas para las especialidades mencionadas, se encuentran algunos factores como lo son: la demora en asignación de citas, poco personal especializado y la falta de materiales e insumos quirúrgicos para garantizar el tratamiento idóneo para estas patologías; todos estos factores hacen que los principales servicios acá referenciados, presenten mayor número de tutelas, bien sea para consultas de primera vez, procedimiento o acceso al tratamiento. En el siguiente diagrama se evidencia el aumento de las tutelas a través de los años para estas especialidades, cabe aclarar que no se contemplan los años 2012 y 2016 ya que no se encontró información sobre lo acá contemplado.

A continuación, se observa la *Tabla 6. Tutelas por diagnóstico de tumores del año 2018*, tomada del Informe de tutelas en Salud de la Defensoría del Pueblo, donde se evidencia el aumento por tumores de mama y de próstata y, el informe señala según el Instituto Nacional de Salud que para el año 2018 hasta la semana 24, en cáncer de mama se había presentado un incremento del 200,13% con relación a la misma semana del año 2016. Los departamentos con las tasas ajustadas por encima del promedio nacional para este tipo de cáncer fueron Valle del Cauca, Magdalena, Norte de Santander, Sucre, Amazonas, Risaralda, Guaviare, Tolima y Huila. El promedio de edad de los casos notificados fue de 57 años, concentrándose en la década de edad de los 50 a 59 años y en los mayores de 69 años, debido a lo que se conoce como “el gancho de Clemmensen”, que está relacionado con el descenso de las hormonas (estrógenos) en la menopausia (49).

Tabla 6. Tutelas por diagnóstico de tumores del año 2018, según régimen de afiliación.

Diagnósticos	Régimen									Total	
	Contributivo			Subsidiado			Otros				
	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. Vertical %	Part. Horizontal %	Tutelas	Part. vertical %	Part. horizontal %	Tutelas	Part. %
Tumor maligno de mama	1.578	13,4	59,16	969	9,2	36,32	121	5,87	4,52	2.667	10,93
Tumor maligno de próstata	1.269	10,8	56,64	862	8,2	38,48	109	5,32	4,88	2.241	9,18
Tumor maligno de la glándula tiroides	610	5,2	33,11	843	8,0	45,73	390	18,97	21,16	1.842	7,55
Leiomioma del útero	559	4,7	60,45	151	1,4	16,30	215	10,46	23,25	925	3,79
Otros tumores malignos de la piel	377	3,2	41,18	539	5,1	58,82	0	0,00	0,00	916	3,75
Tumor maligno del estómago	442	3,8	56,65	339	3,2	43,35	0	0,00	0,00	781	3,20
Tumor maligno del cuello del útero	330	2,8	49,14	341	3,2	50,86	0	0,00	0,00	671	2,75
Tumor de comportamiento incierto o desconocido de otros sitios y de los no especificados	243	2,1	39,71	169	1,6	27,58	201	9,76	32,71	613	2,51
Otros	6.376	54,1	46,34	6.363	60,2	46,25	1020	49,62	7,41	13.759	56,36
<b>Total</b>	<b>11.785</b>	<b>100,0</b>	<b>48,27</b>	<b>10.575</b>	<b>100,0</b>	<b>43,31</b>	<b>2.056</b>	<b>100,00</b>	<b>8,42</b>	<b>24.415</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Corte Constitucional

Cálculos: Defensoría del Pueblo

Fuente: Tomado del informe de la Defensoría del pueblo (49).

Lo anterior evidencia fallas tanto en los programas de prevención y promoción como en la detección temprana del cáncer” (49). Esto permite evidenciar como las fallas del sistema de salud influyen en que se aumente o no la ocurrencia de eventos, por lo que el mecanismo de la tutela se usa para poder garantizar el derecho a una atención pronta y adecuada para el tratamiento de las enfermedades.

# 11. Discusión de resultados

Al explorar las investigaciones sobre el tema de las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia, para los pacientes que tienen cáncer de mama y de próstata se encuentra que durante el periodo de estudio establecido para esta revisión descriptiva, se encuentra escasa literatura que aborde este tema específicamente para estos dos tipos de cáncer y, teniendo en cuenta que estos dos tipos de cáncer van en aumento a nivel mundial y en Colombia según las cifras de la OMS, son pocos los estudios encontrados respecto al tema, se hace necesario aumentar el número de investigaciones de este tipo y así poder contar con estrategias en salud pública para su prevención, atención integral y cuidado en salud. De otra parte, este estudio permite hacer una aproximación sobre como esas barreras de acceso afectan de manera significativa el pronóstico de la enfermedad, en el sentido del papel de las aseguradoras (con los servicios de los exámenes de prevención y con el tratamiento), así mismo el papel de la percepción y creencias sobre la enfermedad sumado a los determinantes sociales en salud, entre otros.

La metodología más usada en los estudios del cáncer de mama son los de tipo retrospectivo, mientras que para el cáncer de próstata se observa que el mayor porcentaje se encuentran en estudios de tipo descriptivo y, además se encontró un porcentaje considerable de estudios de tipo ecológico mientras que para el cáncer de mama no se encontró ningún artículo con este tipo de estudio. Por otra parte, se observa que, en la mayoría de los estudios tanto para el cáncer de mama como de próstata, los autores abordan en la mayoría de los artículos el tema de las barreras de acceso relacionadas con los determinantes sociales, como un factor determinante para poder acceder al sistema de salud para la atención del cáncer en Colombia.

Los resultados de este estudio a nivel de la percepción que construyen las mujeres con cáncer de mama frente a las barreras de acceso al sistema de salud en Colombia, muestran que existen barreras de acceso de tipo Administrativo y de los determinantes sociales y, en cuanto a las barreras de tipo administrativo estas se asocian a dificultades administrativas impuestas por el asegurador debido a una contratación insuficiente de proveedores y prestadores (Contrato con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos), y con los trámites para acceder a la atención de la enfermedad, en cuanto

a los determinantes sociales, la PSE, el desconocimiento de los derechos, y discriminación según el RAS (14).

Los anteriores resultados están en concordancia con los resultados de un estudio realizado en Brasil por Leila Conceição y colaboradores, en donde a pesar de que Brasil tiene un contexto político y social diferente, se encontró que al igual que en los estudios de Colombia las mujeres con cáncer de mama perciben barreras tipo administrativo y de los determinantes sociales; en el sentido de las barreras tipo administrativo, se reportaron barreras en el período de detección y durante el período del tratamiento de la enfermedad como: exámenes diagnósticos, consulta especializada, cirugía de seno y quimioterapia y, en cuanto a los determinantes sociales las pacientes perciben barreras socioculturales en el período de detección que influyeron en la decisión de buscar atención médica y acceso a consulta (17). Para ambos estudios se reporta que las pacientes en muchas ocasiones deben realizar viajes a otra ciudad para poder acceder a un tratamiento

En cuanto a los resultados sobre la percepción de los pacientes frente a las barreras de acceso para los exámenes de detección de cáncer de próstata, en Colombia en un estudio María Muñoz y colaboradores encontraron que las barreras de tipo cultural, económico y de acceso a los servicios de salud, superan los beneficios percibidos con el tratamiento, los pacientes perciben la severidad de la enfermedad, sin embargo, esta percepción no es suficiente para motivarlos para un examen diagnóstico; estos resultados encontrados relacionados tal vez con la “falta de información sobre la condición asintomática del cáncer de próstata y en la demostración de la inocuidad del examen digital rectal” y, se reconocieron barreras relacionadas con las percepciones sobre el cáncer de próstata como: falta de conocimientos, afectación de la masculinidad y dificultad en el tratamiento (43), en otro estudio en Colombia se encontró que los entre los motivos para nunca haberse realizado el examen del tacto rectal o el antígeno prostático específico fueron: la falta de dinero, la desinformación o desconocimiento, la incomodidad del examen y el descuido, sumado a niveles de escolaridad bajos (44).

Una situación similar a los resultados anteriores se presentaron en un estudio en Brasil en donde respecto a las creencias sobre la enfermedad, los hombres indicaron que el examen del tacto rectal afecta la virilidad y en caso tal de que si perciben en sí mismos un buen estado de salud, no es necesario hacerlo, así mismo se indicaron las siguientes barreras:

el médico nunca pregunta sobre la realización del examen, tener la creencia de que el examen no es importante y el miedo de hacerse el examen (55).

Al realizar un análisis de los resultados para el Ca de mama y el Ca de próstata, se evidencia que se presentan en un mayor porcentaje barreras de acceso relacionadas con los determinantes sociales de la salud, asociadas al RAS, la PSE, y el desconocimiento de derechos; se observa también que la percepción que construyen los hombres frente al examen del tacto rectal, está en relación con el imaginario que se tiene frente a este examen y se constituye como una barrera a nivel cultural (43), mientras que en el caso de las mujeres, estas perciben que para el acceso para los exámenes de tamización se presentan barreras a nivel Administrativo y relacionadas con los determinantes sociales (33), más que a nivel cultural como si sucede en el caso de los hombres.

Por otra parte, según el documento de la Defensoría del Pueblo: *La tutela y los Derechos en Salud y a la Seguridad Social en Colombia de 2018*, se evidencia que la tutela se ha constituido como mecanismo efectivo para enfrentar las barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes con cáncer, y para el año 2018 la especialidad de oncología ocupó el tercer lugar a nivel nacional en número de tutelas según el informe de la Defensoría del Pueblo y, de esas las tutelas interpuestas en oncología, se observa que por diagnóstico de tumores según el RAS, se encuentra que durante el año 2018 el mayor número de tutelas interpuestas correspondió a tumores malignos de mama y de próstata, tanto en el régimen subsidiado como para el contributivo (49), lo que pone de manifiesto la importancia realizar aún más estudios sobre estos dos tipos de cáncer en Colombia, ya que así mismo se encuentra que estos dos tipos de cáncer han presentado un aumento en la incidencia a nivel mundial y en Colombia.

Por otra parte se observa en el documento de la Defensoría del Pueblo, que las tutelas en salud que se interponen en el país están en relación con la zona de distribución geográfica, encontrándose un mayor número de acciones de tutela en territorios de mayor desarrollo social y económico del país, en comparación con las zonas dispersas en donde se encuentra un menor número de tutelas, esto debido a las diferencias por las brechas sociales y de desarrollo que tiene el país, el menor acceso a una asesoría jurídica y el desconocimiento de los derechos en salud, que terminan resultando en barreras de acceso al sistema de salud en concordancia con los resultados encontrados en los estudios.



Se observa también en el mismo documento que según el RAS varía el comportamiento de la población en términos de interponer tutelas en salud, ya que para el caso del Ca de mama y Ca de próstata se observa un mayor número de tutelas para el régimen contributivo frente al subsidiado, esto ligado a las barreras de acceso por PSE y a las diferencias según el RAS que persisten en el país y, aunque se pretende vincular a toda la población al sistema de salud, aun no se ha podido garantizar un adecuado acceso y continuidad a los servicios de salud, dando como resultado una brecha de equidad altísima. El análisis en esta discusión se limita a un aspecto puntual, sin embargo, es necesario tener en cuenta para un análisis más riguroso de esas cifras de tutela, tanto el número de afiliados de cada RAS y los censos poblacionales por zona rural y urbana, que podrían indicar nuevas formas de interpretar el panorama de las tutelas en Colombia por RAS.

## 12. Conclusiones

A continuación, se señalarán las diferentes conclusiones a las que se ha llegado sobre el tema de investigación a partir de los resultados obtenidos y que están en directa relación con los objetivos planteados al inicio de la investigación y entorno a las preguntas del problema de investigación.

- Los resultados de esta investigación evidencian que en Colombia se encuentra escasa literatura y son pocos los artículos publicados sobre el tema durante el periodo de estudio, sin embargo, el conocimiento explorado permite hacer una aproximación del panorama en Colombia y comprender como operan esas barreras de acceso al sistema de salud y, sus consecuencias en la atención de pacientes que tienen Ca de mama y Ca de próstata.
- En Colombia para el estudio de las barreras de acceso al Sistema de Salud para el Ca de mama y Ca de próstata, los autores han utilizado una variedad de tipos de estudio que han permitido evidenciar como operan esas barreras dentro del sistema de salud y, son un factor determinante en el pronóstico de los pacientes, ya que incluso desde antes de ser detectada la enfermedad los pacientes deben enfrentar problemas en términos de accesibilidad, que terminan en unos resultados en salud para los pacientes, por lo que se hace necesario seguir explorando y profundizando sobre este tema desde otras perspectivas metodológicas y, aumentar las investigaciones en Colombia.
- En Colombia se encontró que operan diferentes tipos de barreras de acceso al sistema de salud para los pacientes con Ca de mama y Ca de próstata, de las cuales se identificaron 4 grandes categorías de barreras de acceso como lo son: estructurales, administrativas, culturales y de determinantes sociales y, sobre cada una de ellas se identificó a su vez unos subtipos de barreras de acceso que las constituye, con lo cual es necesario replantearse el papel del Estado como agente garante de la calidad de la salud y del acceso a los servicios de salud para todos los colombianos, frente al ejercicio de las aseguradoras.

- Aunque la norma refiere que los planes de salud son iguales para todos los afiliados al sistema de salud, se puede identificar que la supervivencia al Ca de mama y Ca de próstata es menor en los afiliados al régimen subsidiado frente a los del régimen contributivo, lo que permite pensar que en Colombia pese a que existe la Ley Sandra Ceballos, los pacientes deben afrontar todo tipo de barreras de acceso al sistema de salud, impuestas principalmente por las aseguradoras en el sentido, es decir que según el RAS y la PSE se determina en gran medida la supervivencia de estos pacientes.
- Entre las barreras tanto estructurales y administrativas según el RAS se enumeran los procesos burocratizados en los servicios de salud, que impiden un acceso oportuno a los exámenes de tamización y el tratamiento de la enfermedad, sumados a la pobre cobertura de servicios en regiones de periferia del país, por lo que es necesario plantearse la pregunta sobre la importancia que tiene para el país la vigilancia en la calidad de la prestación de los servicios de las aseguradoras, y su relación con el gasto en salud reportado por estas.
- Aunque en el país se han realizado diversas reformas para la protección de los pacientes con cáncer, en términos de aumentar el acceso al sistema de salud, las barreras de tipo administrativo, estructural, cultural y de los determinantes sociales, hacen que las personas deban acudir a la tutela como un mecanismo para lograr acceder a los servicios de salud para el tratamiento de su enfermedad y, se observa que para el caso de los pacientes con Ca de mama y Ca de próstata, este mecanismo ha venido aumentando durante los últimos 10 años sin importar el régimen de afiliación.

# A. Anexo del formato de la matriz del análisis y la descripción de los artículos de cáncer de mama y de próstata

Descripción de los resultados de los artículos sobre cáncer de mama y cáncer de próstata.

Título del artículo.	Autores	Año	Resultado
<b>Cáncer de mama.</b>			
Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad: un estudio descriptivo (33).	Javier Martínez Torres, César Eduardo Pabón Rozo, Natalia Quintero Contreras, Jordán Soto Galván, Rafael López Mayorga, Yeinly Rojas Tinico y Robinson Ramírez Vélez	2015	Como resultado encontraron que el 71,7 % de las mujeres indicaron no haberse realizado el autoexamen de mama en el último mes, y un 45 % no lo practicó en los últimos seis meses; pertenecer al grupo de 30 a 39 años de edad (OR 1,80; IC 95% 1,03 a 3,14) y el no haber recibido asesoría por parte de un profesional de la salud (OR 4,38; IC 95% 2,81 a 6,83), se asociaron como barreras para el AEM en el último mes y, en el grupo de los últimos seis meses, las participantes que acusaron no tener antecedentes familiares para cáncer de mama (OR 1,96; IC 95 % 1,14 a 3,35), y ausencia de consejería por parte de un profesional de la salud (OR 6,02; IC 95% 4,12 a 8,79), permanecieron como barreras asociadas al AEM (33).
Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia (16).	Jorge Armando Egurrola Pedraza, Luis Rodolfo Gómez Wolff, Carlos Andrés Ossa Gómez, Viviana Sánchez Jiménez, Fernando Herazo Maya, Héctor Iván García García.	2018	Los autores concluyen que la supervivencia global, supervivencia libre de enfermedad y tiempos de acceso para atención y diagnóstico es mejor en el régimen contributivo que en régimen subsidiado, ya que 10% de las mujeres con cáncer de mama que murieron eran pertenecientes al régimen contributivo y del régimen subsidiado murieron 23% de las mujeres; se encontró diferencias en los tiempos de acceso al tratamiento ya que para el régimen contributivo fue de: 52 días vs. el régimen subsidiado: 112 días, $p < 0,05$ ; en cuanto a la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global fue mejor para el régimen contributivo que en régimen subsidiado ( $p < 0,05$ ) (16).
Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer	Marion Piñeros, Ricardo Sánchez, Fernando Perry, Oscar Armando García, Rocío	2011	Estudio realizado a 1106 mujeres en tratamiento de cáncer de mama cuyo objetivo fue establecer la demora en la atención del cáncer, los autores encontraron que "las medianas de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico y hasta el tratamiento fueron de 91 días (IC95%:82-97 días) y de 137 días (IC95%:127-147 días) respectivamente. El diagnóstico y el tratamiento fueron más rápidos en

de mama en Bogotá, Colombia (34).	Ocampo, Ricardo Cendales.		mujeres con mayor nivel educativo, afiliadas al régimen especial de salud, en el estrato socioeconómico más alto y cuando consultaron por tamización” (34).
Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia (35).	Sara Milena Ramos Jaraba, Marcela Carrillo Pineda.	2018	El significado que las mujeres afrodescendientes construyen entorno a su enfermedad va más allá del ámbito biológico y está determinado por la percepción de un sistema de salud excluyente, precario, donde los servicios de salud se concentran en las grandes ciudades, lo que representa una situación de inequidad geográfica, que les limita el acceso y atención en salud a un tratamiento oncológico, lo cual generan un desplazamiento de estas mujeres hacia otras ciudades para poder tener acceso al tratamiento de la enfermedad (35).
“Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama (36).	Grey Yuliet Ceballos García, Clara Victoria Giraldo Mora.	2011	Se indica que existen autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, porque aun sabiendo que tienen la enfermedad, no inician el tratamiento de manera oportuna, ya que se tiene una interpretación del proceso de la enfermedad y del tratamiento de manera errada, dichas autobarreras establecidas desde el temor al ámbito y tratamiento médico, el retraso para consultar por considerar prioritarios los compromisos laborales y familiares, y las experiencias previas negativas frente al tratamiento del cáncer, que pueden llevar a las mujeres a buscar otras alternativas de tratamiento (36).
El acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales en dos redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos múltiples de mujeres con cáncer de mama (37).	Margin Martínez M.	2012	En el tema de la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama sobre la continuidad de la atención en salud, se evidencia que se ve influenciada por factores como: I) los sistemas administrativos, relacionadas con fallas en la transferencia de información entre la atención primaria y la secundaria, las pérdidas de las órdenes de referencia, el extravío de la historia clínica y el uso de sistemas de asignación de citas poco confiables, II) los profesionales encargados de la atención, en cuanto a la renovación del personal médico, las deficiencias en la comunicación y en el suministro de información al paciente y, III) las acciones de las pacientes frente a su tratamiento y la participación en la toma de decisiones compartidas, todos estos aspectos resultan en retrasos y poca continuidad en el tratamiento; todos estos que se presentan como barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama
Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia (14).	Guillermo Sánchez, Celmira Laza, Carolina Estupiñán, Laura Estupiñán.	2013	Los autores proponen las siguientes categorías de abordaje para las barreras de acceso: I) La posición socioeconómica. II) El desconocimiento de los derechos. III) La discriminación social de las aseguradoras que determinan el acceso. IV) Las barreras geográficas. V) Las barreras laborales. VI) Las barreras propias del sistema (14).
	Ligia Constanza de	2009	Se observa por una parte en el estudio sobre la equidad en el acceso al tratamiento que este es

Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia (38).	Charry, Gabriel Carrasquilla, y Sandra Roca.		inequitativo, ya que las mujeres más vulnerables enfrentan mayores barreras de acceso, en el sentido de que el tipo de afiliación es un factor del acceso al tratamiento para cáncer de mama, es decir que existen inequidades debidas a la condición de afiliación y estas se relacionan con la condición socioeconómica de las pacientes que presentan esta enfermedad (38).
Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia (39).	Ligia Constanza de Charry, Gabriel Carrasquilla, y Sandra Roca.	2008	Los autores encontraron que el uso de una mamografía para detección temprana del cáncer de mama es inequitativo pues tienen mayor probabilidad de hacerlo de manera oportuna, las mujeres afiliadas al régimen contributivo frente a las mujeres afiliadas al régimen subsidiado o las pobres sin afiliación, que a su vez se asocia con un menor nivel educativo y más vulnerabilidad en la escala social, es decir que en razón al seguro de salud y mayor nivel educativo aumenta la probabilidad de hacer uso efectivo de una mamografía de detección de cáncer de mama (39).
Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? (40).	Ligia Constanza de Charry, Gabriel Carrasquilla, y Sandra Roca.	2008	Determinaron que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen una mayor probabilidad de enfrentar barreras económicas para acceder a la biopsia en un "OR: 3.8 IC 95% 2.65-5.49 como también las mujeres pobres sin afiliación a alguna aseguradora en un (OR: 4.9 IC 95% 3.00-7.99); también se encontró que las afiliadas al régimen subsidiado tienen mayor probabilidad de enfrentar barreras de tipo geográfico para acceder a la biopsia en un OR: 2.0 IC 95% 1.31-3.22, así mismo como las mujeres que viven en el campo en un OR: 11.0 IC 95% 6.45-18.51", con lo que los autores concluyeron que se reflejan inequidades en salud en relación al tipo de RAS porque las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen mayor probabilidad de tener que desplazarse a otra ciudad para poder acceder a la biopsia para el diagnóstico de cáncer de mama, sumado a las barreras económicas y geográficas (40).
Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no	Guillermo Sánchez, Carlos Gustavo Niño, Carolina Estupiñán.	2015	"La mediana del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 75 días, mientras que la del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento fue de 175 días y, solo el 26,4 % de las mujeres obtuvo un tratamiento oportuno; al 26,4 % mujeres les fue negado algún servicio de salud como el diagnóstico o tratamiento, al 66,6% de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado se les negó algún servicio frente al 20,7% de las pertenecientes al régimen contributivo". Los autores pudieron establecer las siguientes razones de negación de los servicios: un 70.7% por factor administrativo, en un 19,5% porque no había convenio con la EPS, un 7,3% porque no se disponía del servicio y, en un 2,4% porque el servicio no estaba incluido en el POS, dichas razones se determinan como barreras de acceso para el tratamiento de la enfermedad, por lo que se encontró que el 23 % de los casos tuvieron que interponer tutelas para poder acceder a los servicios

gubernamental en Bogotá (41).			de salud para su enfermedad; los autores encontraron una asociación significativa entre el hecho de pertenecer a los estratos socioeconómicos 4 o 5 (y tener escolaridad superior a la secundaria), frente a un tratamiento oportuno para el cáncer de mama (41).
<b>Cáncer de próstata</b>			
Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia (42).	Miguel Germán Borda, David Gabriel David Pardo, Julián David Ríos Zuluaga, Ana Isabel López Zea, Laura Margarita Forero Borda, Santiago Gutiérrez, Carlos Alberto Cano Gutiérrez.	2017	Se observa que el régimen subsidiado tienen casi 4 veces más oportunidad de tamización que el vinculado, y los del régimen contributivo tienen casi 9 veces más oportunidad de tamización, sin embargo la diferencia de oportunidad de tamización con respecto RAS, es independiente de la escolaridad, el estrato social y la presencia de depresión; si la detección de cáncer de próstata es tardía este seguirá en aumento y, aquellos hombres "afiliados al régimen contributivo tenían mayor oportunidad para ser tamizados con respecto a los vinculados/no asegurados (OR: 8,81) (IC95%: 2,92-26,63) (p < 0,001), al igual que los del régimen subsidiado (OR: 3,70) (IC95%; 1,20-11,41) (p ¼ 0,023)" (42).
Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base Poblacional (15).	Nelson Enrique Arias Ortiz, Esther De Vries.	2018	Se analizaron 1.384 casos y 700 muertes, en los que se observó la supervivencia a cinco para los cánceres de: mama, cuello uterino, pulmón, estómago y próstata, encontrándose en este último una supervivencia de 71.1% (65.3-76.1). "Para el cáncer de próstata, las razones de riesgo (Hazard ratio -HR) según RAS permanecieron significativas después de ajustar por edad y subtipo histológico, con menor riesgo de morir para el grupo de régimen especial/excepcional en comparación con el grupo de pacientes del régimen subsidiado (HR: 0.17 (IC 95%: 0.04-0.80))" (15).
Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa rosa de cabal, 2010 (43).	María Nelcy Muñoz Astudillo, Luis Alfredo Sossa Pinzón, Jhon Jairo Ospina, Adrián Grisales, José David Rodríguez García.	2011	Las barreras de tipo cultural, económico y de acceso a los servicios de salud, superan los beneficios percibidos con el tratamiento, los pacientes perciben la severidad de la enfermedad, sin embargo, esta percepción no es suficiente para motivarlos para un examen diagnóstico; estos resultados encontrados relacionados tal vez con la "falta de información sobre la condición asintomática del cáncer de próstata y en la demostración de la inocuidad del examen digital rectal". Se reconocieron tres barreras relacionadas con las percepciones sobre el cáncer de próstata: falta de conocimientos en un 37%, afectación de la masculinidad en un 33% y dificultad en el tratamiento en un 94% (43).
	Juan D. Arbeláez, Nora A. Montealegre.	2012	Establecieron las siguientes tres categorías de análisis: conocimiento adecuado e inadecuado, actitud adecuada e inadecuada y, práctica adecuada e inadecuada, dando como resultado que el 31,3 % de los participantes presentaron conocimientos inadecuados, el 56,6 % actitudes inadecuadas y el



<p>Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (44)</p>			<p>61,4 % de prácticas inadecuadas, estas últimas podrían considerarse barreras a nivel cultural de conocimiento y percepción frente a la enfermedad. “Se observó que la posibilidad de que los hombres tuvieran actitudes adecuadas con conocimientos adecuados fue de 1,9 veces (IC 95 % = 1,4-2,7) que en los hombres con conocimientos inadecuados. Además, la posibilidad de que los hombres presentaran prácticas adecuadas con actitudes adecuadas fue de 1,8 veces (IC 95 % = 1,2-2,7) que en los hombres con actitudes inadecuadas” (44)</p>
<p>Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años (45).</p>	<p>Álvaro Fajardo Zapata, Gustavo Jaimes Monroy.</p>	<p>2015</p>	<p>Con respecto a la realización del examen, 63.4% refirió haber recibido algún tipo de información, 57.3% manifestó que conocía algo pero no estaba seguro para qué se lo practicaba y 22.5% desconocía que existía el examen. Del total de hombres que participaron en el estudio (372), el 58.1% (216) manifestó que nunca se había realizado el examen. De los que se lo habían practicado (156), 40.4% (63) solo lo habían hecho una vez en la vida y 35.3% (55) expresó que se lo realizaba cada año</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifica como varían los reportes dependiendo de la escolaridad.</li> <li>• Se identifica la necesidad que el médico general conozca la tenía y pueda realizar tamizaje como atención primaria en salud, lo cual agilizaría los procesos (45).</li> </ul>
<p>Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011 (46).</p>	<p>Jaime Alejandro Restrepo, Luis Eduardo Bravo, Herney Andrés García Perdomo, Luz Stella García, Paola Collazos, Jorge Carbonell.</p>	<p>2011</p>	<p>Se encontró que la supervivencia relativa al cáncer de próstata a cinco años fue de 69.8% y, se asoció con la edad, periodo de diagnóstico y estrato socioeconómico de manera significativa; hay evidencia de mejoría en la supervivencia en el cáncer de próstata y disminución en su mortalidad, sin embargo se observa incremento en la incidencia del cáncer de próstata que coincide con la implementación del PSA en Cali, que pudo ser posible por el cambio de la legislación en salud en 1993, que permitió acceso a los servicios de salud a más personas (46).</p>
<p>Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia:</p>	<p>José Luis Poveda Matiza, Néstor Julián Arenas Reyes, María Paula Sáenz Becerra y Fabián Pompilio Daza Almendrales.</p>	<p>2014</p>	<p>Encontraron que en el registro de las tasas por mortalidad por departamento “el registro es mayor en aquellos que poseen una mayor población de habitantes y de especialistas urólogos, como en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, siendo esta región donde hay mayor nivel educativo, de urbanización y acceso a un salario...”, para el caso de la Amazonía se observa que “la tasa de mortalidad documentada es la más baja y está relacionada con deficiencias en el acceso a los servicios de salud para la población, específicamente la indígena”, teniendo como resultado una distribución regional de la mortalidad global por cáncer de próstata en el 2008 de: en el Pacífico en un 19%, en el Caribe un 23%, en la región Andina en un 54% y en la región Amazonía y Caribe un 4%, y para el año 2012 de 19%, 19%, 58%</p>



estudio ecológico (47).			y 4% respectivamente, se observa una disminución en algunas regiones tal vez desde la introducción del antígeno prostático específico (PSA) en el sistema de salud (47).
Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006 (48).	Luz M. Bustamante, Sara J. Marín, Doris Cardona.	2011	Concluyeron que “la detección tardía de un tumor maligno puede deberse a la presencia de síntomas de enfermedades crónicas frecuentes en esta edad y a la ausencia de coberturas médicas preventivas, las cuales pueden estar dirigidas a la atención propiamente dicha o ausencia de cobertura del sistema de seguridad social”, en Colombia el riesgo de morir por cáncer de próstata en el año 2008 fue de 14,6 por cien mil habitantes (48).

Fuente: elaboración propia.

## B. Anexo del formato de la matriz de cuantificación de las variables de las barreras de acceso de los artículos para cáncer de mama y de próstata

<b>Convenciones de las variables de las barreras de acceso.</b>
1: Variable Geográfica: (Barreras de Determinantes sociales).
2: Variable: Fragmentación de la prestación de servicio: (Barreras Estructurales).
3: Variables: Problemas y demoras asignación de citas, largas filas, problemas con autorizaciones y, demoras en atención de primera vez: (Barreras Administrativas).
4: Variables: Económicas-PSE y de desconocimiento de derechos: (Barreras de Determinantes sociales).
5: Variables: Relacionadas con el personal médico y maltrato: (Barreras Administrativas).
6: Variables: Imaginarios e información frente a enfermedad, experiencias negativas previas y, percepción de riesgo o no riesgo: (Barreras Culturales).
7: Variable: Discriminación según RAS: (Barreras de Determinantes sociales).
8: Variables: Del sistema: características RAS y problemas de afiliaciones. (Barreras Estructurales).

<b>ARTÍCULO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>Total</b>
<b>BARRERA</b> Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad: un estudio descriptivo (33).	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia (16).	0	0	1	1	0	0	1	0	2
Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia (34)	0	1	1	1	0	0	1	0	4
Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia (35).	0	0	1	1	0	1	1	1	5
“Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama (36).	0	0	0	0	0	1	1	0	2
El acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales en dos redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos múltiples de mujeres con cáncer de mama (37).	0	0	0	1	0	1	1	0	2

Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia (14).	0	1	1	1	0	1	1	1	3
Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia (38).	0	0	1	1	0	0	1	1	4
Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia (39).	0	0	1	1	0	0	0	1	3
Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? (40).	1	0	1	1	0	0	1	1	5
Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá (41).	0	1	1	1	0	0	1	1	4
Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia (42).	1	0	0	1	0	1	1	1	5
Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base Poblacional (15).	0	1	1	1	0	0	1	1	5
Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa rosa de cabal, 2010 (43).	0	0	1	0	0	1	1	0	3
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (44)	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años (45).	0	1	0	1	1	0	1	1	5
Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011 (46).	1	0	0	1	0	0	1	1	4
Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia: estudio ecológico (47).	0	0	0	1	0	0	1	1	3
Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006 (48).	0	0	1	1	0	0	0	1	3
TOTAL	3	6	11	15	1	8	16	13	64

Fuente: elaboración propia.

## C. Anexo de todos los artículos seleccionados

<b>Artículos específicos para cáncer de mama y de próstata en Colombia.</b>
<b>Cáncer de mama</b>
Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad: un estudio descriptivo (33).
Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia (16).
Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia (34)
Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia (35).
“Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama (36).
El acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales en dos redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos múltiples de mujeres con cáncer de mama (37).
Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia (14).
Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia (38).
Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia (39).
Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? (40).
Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá (41).
<b>Cáncer de próstata</b>
Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia (42).
Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base Poblacional (15).
Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa rosa de cabal, 2010 (43).
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín (44)
Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años (45).
Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011 (46).
Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia: estudio ecológico (47).
Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006 (48).
<b>Artículos generales del tema de cáncer.</b>
Barreras en la atención en salud en casos de cáncer de mama: percepción de las mujeres (17).
La supervivencia del cáncer de mama y la inequidad en salud. BRASIL (18).
Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud (50).

Acceso a la atención en salud en Colombia (51).
Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia (52).
Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali (53).
Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia) (54).
Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata (55).
Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del instituto nacional de cancerología Bogotá (56).
Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana (57).
Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007 (58).
¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? (59).
Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud (60).
Barreras de acceso a la cobertura de riesgos laborales en contratos de prestación de servicios en el sector público de salud en Bogotá (61).
Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina (62).
Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia (63).

Fuente: elaboración propia.

# Bibliografía

1- Lopera Medina María. Utilización de servicios de salud por enfermedades catastróficas o de alto costo en Antioquia. Rev Gerenc Polít Salud. [Internet]. Jun. 2017 [citado el 20 de Feb. de 2019]; 16(32):120-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00120.pdf>

2- Asunce Elizaga Nieves. Cribado: para qué y cómo. Anales Sis. San Navarra. [Internet]. Abr. 2015 [citado el 20 de Feb. de 2019]; 38(1):5-7. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272015000100001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272015000100001&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272015000100001>

3- Gómez Dantés Héctor, Castro María, Franco Marina Francisco, Bedregal Paula, Rodríguez García Jesús, et al. La carga de la enfermedad en países de América Latina. Salud Pública Méx. [Internet]. Ene. 2011 [citado el 30 de Feb. de 2019]; 53(Suppl 2):s72-s77. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800003&lng=es).

4- Instituto Nacional de Cancerología ESE. Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015. INC. [Internet]. 2017. [citado el 4 de Abr. de 2019]. Disponible en: [https://www.cancer.gov.co/Situacion\\_del\\_Cancer\\_en\\_Colombia\\_2015.pdf](https://www.cancer.gov.co/Situacion_del_Cancer_en_Colombia_2015.pdf)

5- Organización Mundial de la Salud. Los últimos datos mundiales sobre el cáncer. OMS. [Internet]. Sep. 2018 [citado el 4 de Abr. de 2019]. Disponible en: [https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263\\_E.pdf](https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/09/pr263_E.pdf)

6- Globocan: Observatorio Global del Cáncer [Internet]. OMS; 2018 [actualizado 2018; citado el 4 de abr de 2019]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-bar?Type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age\\_group=value&apc\\_male=0&apc\\_female=0](https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-bar?Type=0&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0)

7- Bray Freddie, Piñeros Marion. Patrones, tendencias y proyecciones del cáncer en América Latina y el Caribe: un contexto global. Salud Pública Méx. [Internet]. Abr. 2016 [citado el 31 de Feb de 2019]; 58(2):104-117. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342016000200104&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342016000200104&lng=es).

8- Ramírez Barbosa Paula, Acuña Merchán Lizbeth. Gestión del riesgo de cáncer en Colombia, 2016. Colomb. Med. [Internet]. Mar. 2018 [citado el 28 de Feb. de 2019]; 49(1):128-134. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342018000100128&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342018000100128&lng=en). <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3882>.

9- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2017. MSPS. [Internet]. May. 2018 [citado el 10 de Mar de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

10- Ospina M Martha, Huertas Jancy, Montaña C José, Rivillas G Juan. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Ago. 2015 [citado el 10 de Mar. de 2019]; 33(2):262-276. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2015000200013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000200013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a13>.

11- Arias V Samuel. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. Sep. 2009 [citado el 10 de Mar. de 2019]; 27(3):341-348. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000300012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000300012&lng=en).

12- Murcia Eliana, Aguilera Jairo, Carolina Wiesner, Pardo Constanza. Servicios de oncología en Colombia. Colomb. Medicina. [Internet]. Mar. 2018 [citado el 10 Mar. de 2019]; 49(1):89-96. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342018000100089&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342018000100089&lng=en). <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3620>.

13- Vargas J Julián, Molina M Gloria. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. May. 2009 [citado el 10 de Mar. de 2019]; 27(2):121-130. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000200003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003&lng=en).

14- Sánchez V Guillermo, Laza V Celmira, Estupiñán G Carolina, Estupiñán G Laura. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. Dic. 2014 [citado el 10 de Mar. de 2019]; 32(3):305-313. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en).

15- Arias Ortiz Nelson, De Vries Esther. Las inequidades en la salud y la supervivencia del cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional. Colomb. Medicina. [Internet]. Mar. 2018 [citado el 10 de Mar. de 2019]; 49(1):63-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342018000100063&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342018000100063&lng=en). <http://dx.doi.org/10.25100/cm.v49i1.3629>.

16- Egurrola Pedraza Jorge, Gómez Wolff Luis, Ossa Gómez Carlos, Sánchez Jiménez Viviana, Herazo Maya Fernando, García García Héctor. Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2018 [citado el 2 de Abr. 2019]; 34(12): e00114117. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018001205009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001205009&lng=en). Epub Jan 07, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00114117>.

17- Gonçalves Conceição Leila, Lima Travassos Gabriela, De Almeida Ana, D'Ávila Nery Guimarães Alzira, Lisboa Gois Cristiane. Barreras en la atención en salud en casos de cáncer de mama: percepción de las mujeres. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. Abr. 2014 [citado el 2 de Abr. de 2019]; 48(3):394-400. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000300394&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300394&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342014000300002>.

18- Guerra Ribeiro Maximiliano, Azevedo e Silva Gulnar, Cirio Nogueira Mario, Gonçalves Leite Isabel, De Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira Raquel, et al. Cintra Jane Rocha



Duarte et al. La supervivencia del cáncer de mama y la inequidad en salud. Cad. Saúde Pública. [Internet]. Ago. 2015 [citado el 2 Abr. de 2019]; 31(8):1673-1684. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000801673&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801673&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145214>.

19- Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez Navarrete M. Luisa, Mogollón Pérez Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud Pública. [Internet]. Oct. 2010 [citado el 20 de May de 2019]; 12(5):701-712. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en).

20- Ministerio de Salud. Resolución 3974 de 2009. MINSALUD. [Internet]. 2009 [citado el 4 Abr. de 2019]. Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R\\_MPS\\_3974\\_2009.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_3974_2009.pdf)

21- Organización Mundial de la Salud. Cáncer. OMS [Internet]. Sep. 2018 [citado el 28 de Abr. de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

22- Instituto Nacional de Cancerología ESE, Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de mortalidad por cáncer. INC, IGAC. [Internet]. Dic. 2017 [citado el 30 de May. de 2019]. Disponible en: [https://www.cancer.gov.co/ATLAS\\_de\\_Mortalidad\\_por\\_cancer\\_en\\_Colombia.pdf](https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf)

23- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. MSPS, INC. [Internet]. 2012 [citado el 7 de May. de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>

24- Hernández Jorge Martín Rodríguez, Rubiano Diana Patricia Rodríguez, Barona Juan Carlos Corrales. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en la población colombiana, 2013. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. Jun. 2015 [citado el 20 de Abr. de 2019]; 20(6):1947-1958. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>.

25- Salazar Lida, Benavides Mónica, Eliana Murcia Monroy. Actuar político para el control del cáncer en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. Nov. 2018 [citado el 2 de Abr. de 2019]; 17(35). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20\(2018-II\)/54557477005/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/17-35%20(2018-II)/54557477005/)

26- Congreso de la República. Ley 1384 de 2010. Congreso de la República [Internet]. Abr. 2010 [citado el 4 de Abr. 2019]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1384010.pdf>

27- Tovar-Cuevas L, Arrivillaga Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. RGYPS [Internet]. 19 Dic. 2014 [citado el 1 de May. de 2019]; 13(27). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11957>

28- Instituto Nacional de Cancerología ESE, Ministerio de la Protección Social. Modelo para el control del cáncer. INC, MPS. [Internet]. 2006 [citado el 30 de May. de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/Modelo-para-el-control.pdf>

29- Fajardo Dolci G, Gutiérrez J, García Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública Méx [Internet]. Abril de 2015 [citado el 1 de May. de 2019]; 57(2):180-186. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es).

30- Universidad Nacional de Colombia. Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura Parte 1. DYNA [Internet]. Oct. 2014 [citado el 2 de Abr. de 2019]. 81(187), pp.9-10. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44811/1/46758-226992-1-PB.pdf>

31- Ministerio de Salud. Resolución Número 8430 de 1993. Ministerio de Salud [Internet]. Oct. 1993 [citado el 4 de Abr. de 2019]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

32- Vargas Lorenzo Ingrid. Barreras de acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Internet]. 2009 [citado el 30 de May. de 2019]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>

33- Martínez Torres Javier, Pabón Roza César, Quintero Contreras Natalia, Soto Galván Jordán, López Mayorga Rafael, Rojas Tinico Yeinly et al. Barreras asociadas a la realización del autoexamen de seno en mujeres de 18 a 50 años de edad: un estudio descriptivo. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2015 Oct [citado el 4 de Ago. de 2019]; 32(4): 1664-1669. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112015001000035&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000035&lng=es). <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9201>.

34- Piñeros Marion, Sánchez Ricardo, Perry Fernando, García Oscar Armando, Ocampo Rocío, Cendales Ricardo. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud pública Méx* [Internet]. 2011 Dic. [citado el 4 de Ago. de 2019]; 53(6):478-485. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es).

35- Ramos Jaraba Sara, Carrillo Pineda Marcela. Significados que construyen mujeres afrodescendientes frente al cáncer de mama y cuello uterino, atendidas en Medellín, Colombia. *Univ. Salud* [Internet]. Agosto de 2018 [citado el 4 de Ago. de 2019]; 20 (2): 111-120. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072018000200111&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072018000200111&lng=en). <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.115>.

36- Ceballos García Grey, Giraldo Mora Clara. "Autobarreras" de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan* [Internet]. Agosto de 2011 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 11(2):140-157. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972011000200003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000200003&lng=en).

37- Martínez M. Margin. El acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales en dos redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos múltiples de mujeres con cáncer de mama. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Diciembre de 2012 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 30(Suppl 1):86-89. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000400024&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000400024&lng=en).

38- Velásquez De Charry Ligia, Carrasquilla Gabriel, Roca Garavito Sandra. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública Méx [Internet]. Enero de 2009 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 51(Suppl 2):s246-s253. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800015&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800015&lng=es).

39- Velásquez De Charry Ligia, Carrasquilla Gabriel, Roca Garavito Sandra. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. Rev. salud Pública [Internet]. Octubre de 2008 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 10(4):571-582. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000400007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000400007&lng=en).

40- Velásquez De Charry Ligia, Carrasquilla Gabriel, Roca Garavito Sandra. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad?. Colomb. Med. [Internet]. Marzo de 2008 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 39(1):24-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342008000100004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000100004&lng=en).

41- Sánchez Guillermo, Niño Carlos Gustavo, Estupiñán Carolina. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Biomédica [Internet]. Diciembre de 2015 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 35(4):505-512. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572015000400008&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572015000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i4.2378>.

42- Borda Miguel, Pardo David, Ríos Zuluaga Julián, López Zea Ana, Forero Borda Laura, Gutiérrez Santiago, et al. Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación

al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia. Urol. Colomb. [Internet]. 2018 [citado el 10 de Ago. de 2019]; 27(01): 035-041. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1016/j.uroco.2017.02.005>

43- Muñoz Astudillo María, Sossa Pinzón Luis, Ospina Jhon, Grisales Adrián, Rodríguez García José. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años. Santa Rosa de Cabal, 2010. Hacia Promoc. Salud [Internet]. Diciembre de 2011 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 16(2):147-161. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772011000200011&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000200011&lng=en).

44- Arbeláez R Juan, Montealegre H Nora. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los exámenes utilizados en la detección temprana del cáncer de próstata en hombres de dos comunas de Medellín. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Diciembre de 2012 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 30(3):300-309. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000300006&lng=en).

45- Fajardo-Zapata Álvaro, Jaimes-Monroy Gustavo. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Rev. Fac. Med. [Internet]. Abril de 2016 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 64(2): 223-228. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112016000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112016000200007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n2.53039>.

46- Restrepo Jaime, Bravo Luis, García Perdomo Herney, García Luz, Collazos Paola, Carbonell Jorge. Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011. Salud pública Méx [Internet]. Octubre de 2014 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 56(5):440-447. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342014000500011&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500011&lng=es).

47- Poveda Matiza José, Arenas Reyes Néstor, Sáenz Becerra María, Daza Almendrales Fabián. Evolución de la mortalidad por cáncer de próstata en Colombia: estudio ecológico.

Urol. Colomb. [Internet]. 2014 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 23(1):3-10. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8342/SaenzBecerra-MariaPaula-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

48- Bustamante A Luz, Marín O Sara, Cardona A Doris. Mortalidad por cáncer: segunda causa de muerte del adulto mayor en Medellín, 2002-2006. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. Abril de 2012 [citado el 15 de Ago. de 2019]; 30(1):17-25. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2012000100003&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100003&lng=en).

49- Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. MINSALUD. [Internet]. 2015 [citado el 18 de May. de 2019]. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

50- Sánchez Torres D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev. Méd. del Ins. Mex. del S.S [Internet]. Nov. 2017 [citado el 2 de Abr. de 2019]; 82(89). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457749297021>

51- Vargas Lorenzo Ingrid, Vázquez Navarrete M. Luisa, Mogollón Pérez Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública [Internet]. Oct. 2010 [citado el 20 de May. de 2019]; 12(5):701-712. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en).

52- Restrepo Zea Jairo, Silva Maya Constanza, Andrade Rivas Federico, V. Dover Robert. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet]. 2014 [citado el 20 de Abr. de 2019]; 13(27):242-265. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-70272014000200015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200015)

53- Díaz-Grajales C, Zapata-Bermúdez Y, Aristizábal-Grisales J. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos

de la ciudad de Cali. RGYPS [Internet]. 1 Dic. 2011 [citado el 2 de Abr. de 2019]; 10(21). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2594>.

54- Gómez Perea Carlos, Pasos Revelo Lina, Gonzalez Rojas Tatiana, Arrivillaga Marcela. Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). [Internet]. 2018 [citado el 2 de Abr. de 2019]; 34(2):276-283. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/9549/214421443549>

55- Pereira de Paiva Elenir, Salvador da Motta Maria, Harter Griep Rosane. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. Feb. 2011 [citado el 10 de May. de 2019]; 19(1):73-80. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/es_11.pdf)

56- García Ubaque Juan, Quintero Matallana Carmen. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev. Salud Pública. [Internet]. 2008 [citado el 25 de Abr. de 2019]; 10(4):583-592. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v10n4/v10n4a08.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v10n4/v10n4a08.pdf)

57- Sánchez Vanegas Guillermo, Abadía Barrero Cesar, De la Hoz Fernando, Nova John, López Emma. Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. Rev. Salud Pública. [Internet]. 2013 [citado el 20 de Abr. de 2019]; 671-683. Disponible en: [https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1vnds-VII518pKHc-7aDpomlyuAWK6\\_gV](https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1vnds-VII518pKHc-7aDpomlyuAWK6_gV)

58- Ariza Montoya John, Hernández Álvarez Mario. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev. Salud Pública. [Internet]. May. 2008; [Citado el 8 de May. de 2019] 10sup(1):58-71. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10s1/v10s1a06.pdf>

59- Sánchez Ricardo, Sierra Fabio, Martín Elena. ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? Av. Psicol. Latinoam. [Internet]. 2015 [citado el 11 de Abr. de 2019]; 33(3):321-385. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242015000300002&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242015000300002&lang=es)

60- Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. [Internet]. 2016 [Citado el 30 de Abr. de 2019]; 34(3):359-371. Disponible en: [10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10](http://10.17533/udea.rfnsp.v34n3a10).

61- Correa Moreno Yerson, Luna García Jairo, Arango Soler Juan, Campos C. Adriana. Barreras de acceso a la cobertura de riesgos laborales en contratos de prestación de servicios en el sector público de salud en Bogotá. Rev. Salud Pública. [Internet]. 2015 [citado el 28 de Feb. 2019]; 17(2):208-216. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n2/208-216/es>

62- Ballesteros MS. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Internet]. 2016 [Citado el 30 Abr. de 2019]; 15(30):234-250. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps15-30.dste>

63- González Lina, Peñaloza Rolando Enrique, Matallana Maria, Gil Fabian, Gomez Restrepo Carlos, Landaeta Angela. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev. Colomb Psiquiat. [Internet] Oct. 2016 [citado el 5 de Mayo de 2019]; 45(S1)89-95. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v45s1/v45s1a12.pdf>

64- IHME: El Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud. [Internet]. EE.UU: Universidad de Washington; 2019 [citado el 4 de Abr. de 2019]. Disponible en: <http://www.healthdata.org/>

65- Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. MINSALUD. [Internet]. 2015 [citado el 18 de May. de 2019]. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>