



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

BARRERAS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

Sandra Milena Gutiérrez Olaya

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.
Bogotá, Colombia
2018

BARRERAS EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

Sandra Milena Gutiérrez Olaya

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
**Especialista en Administración en Salud Pública con Énfasis en
Administración de Servicios de Salud.**

Director:

Juan Sebastián Castillo Londoño, MD. MPH. MSc
Profesor invitado, Pontificia Universidad Nacional.

Codirectora.

Rosa Helena Flórez Mosquera

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública.
Bogotá, Colombia
2018

*A mi mamá y mi abuelita a quienes les debo
todo lo que soy.*

*A mi esposo Hugo, sin él no habría sido
posible.*

Resumen

La detección temprana del cáncer de mama es la principal herramienta para disminuir las tasas de incidencia y mortalidad por esta enfermedad. En nuestro país el acceso a estas actividades diagnósticas se encuentra influenciado por diferentes barreras, tanto individuales como propias de la organización del sistema de salud, las cuales limitan el acceso efectivo a los servicios de salud. La finalidad de este trabajo es identificarlas a partir de la literatura publicada y resumirlas como soporte para los tomadores de decisiones.

Se realizó una revisión de la literatura nacional publicada en bases de datos, así como de otras fuentes del sector, para consolidar la información acerca de las barreras de acceso a las estrategias de detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Los criterios de selección de los artículos fueron: a) artículos sobre barreras para los programas de detección temprana en cáncer de mama en población colombiana, b) artículos de investigación cuantitativa o cualitativa publicados en revistas indexadas entre 2008 y 2016, c) información sobre barreras derivadas de las capacidades de la población blanco de las estrategias de detección o de la organización de los servicios de salud. Finalmente se resumieron los principales hallazgos encontrados extraídos de la literatura seleccionada, generando conclusiones y recomendaciones para el diseño de estrategias de detección temprana en cáncer de mama.

Colombia se caracteriza por ser un país con una amplia diversidad sociales, económicas y culturales, características que pueden incidir en el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud. las principales barreras de acceso a los servicios de tamización de cáncer de mama reportadas en la literatura son: las condiciones geográficas y estructurales de los prestadores de salud, un mayor nivel educativo el cual asegura más facilidades para acceder a los servicios, y las

condiciones socioeconómicas que están estrechamente relacionadas con la capacidad de las usuarias para acceder a los servicios de tamización en cáncer de mama. En Colombia no existen programas o estrategias organizados a nivel nacional debidamente financiados para la tamización de cáncer de mama, por lo tanto, el sistema de salud y el país tienen grandes retos en la implementación de nuevos programas o estrategias que sean dirigidas a poblaciones específicas.

Palabras clave: Cáncer de mama, Tamización, Prevención, Acceso a los servicios de salud, Colombia.

CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	1
OBJETIVOS	4
MARCO TEÓRICO	5
MÉTODOS	11
RESULTADOS	13
1. Necesidad y deseo de atención en salud.	13
2. Percepción de la necesidad y búsqueda de atención en salud.	15
3. Capacidad de lograr la primera atención en salud.	16
4. Uso y adherencia de los servicios de salud.....	20
DISCUSIÓN	22
REFERENCIAS	27

JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las enfermedades con más altas tasas de mortalidad a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue la segunda causa de muerte en el año 2015, se calcula que 2,8 millones de personas fueron diagnosticadas, y cada año 1,3 millones de personas mueren por esta enfermedad (1). La *American Cancer Society* en su informe anual, proporciona un estimado de la incidencia y mortalidad por cáncer para el año 2017 en Estados Unidos, según este reporte existen 1.688.780 nuevos casos de cáncer diagnosticados y 600.920 muertes por cáncer en ese país para ese año (2). El tipo de cáncer más común en la lista es el cáncer de mama, con más de 255.000 casos nuevos estimados en Estados Unidos para 2017, seguido de cáncer de pulmón y cáncer de próstata (2).

El cáncer de mama es la neoplasia más común en mujeres a nivel mundial, representa el 16% de todos los cánceres en la mujer (3). Según los cálculos de la *American Cancer Society* para el año 2017 fallecerán 40.610 mujeres a causa de esta neoplasia (2).

En América Latina y el Caribe, para el año 2012 el Observatorio Mundial del Cáncer estimó una incidencia de 152.059 casos nuevos, así como un total de 43.208 mujeres fallecieron a causa de un cáncer de mama, constituyendo el cáncer con más muertes en mujeres seguido del cáncer de cuello uterino y pulmón (4).

En Colombia el cáncer fue la tercera causa de muerte para el periodo 2005 a 2014, generando 355.966 muertes, lo cual equivale al 17,99% de muertes durante ese periodo (5). El cáncer de mama presenta la mayor incidencia de un cáncer en

mujeres, con 8.686 casos nuevos para el año 2012, siendo también el de mayor mortalidad con 2.649 muertes en mujeres para ese mismo año, a este le sigue en incidencia y mortalidad el cáncer de cuello uterino con 4.661 casos nuevos y 1.986 muertes para el mismo año (4).

De acuerdo con las cifras de la cuenta de alto costo, la prevalencia del cáncer de mama en Colombia para para el 2016 fue de 173,7 por 10.000 habitantes mujeres. Entre los departamentos con más relevancia estuvieron Quindío, Risaralda, Antioquia, Valle del Cauca, y Bogotá, con prevalencias que oscilan entre 159,7 y 281,1 por 100.000 mujeres(6).

La calidad de vida de las mujeres diagnosticadas con este cáncer se ve seriamente perjudicada, hay una multiplicidad de factores que determinan los efectos que acontecen en la vida de cada mujer, desde su entorno individual como el bienestar psicológico, espiritual, familiar y social, los cuales a su vez están determinados por factores como el nivel socioeconómico, educativo, de acceso al sistema de salud y redes de apoyo social. La calidad de vida se ve afectada desde el diagnóstico por la necesidad de tratamiento en estadios tardíos (7). De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección social, a diciembre de 2016 la cobertura nacional de aseguramiento en salud fue de 94,88%, pero aun así es visible que hay barreras en el acceso real o efectivo, a la prestación de los servicios de salud, las cuales tienen un impacto directo en la detección temprana de este cáncer (8). La mayor cantidad de diagnósticos de cáncer de mama se dan derivados de signos o síntomas, cuando ya estas mujeres tienen mayor probabilidad de estadios intermedios y avanzados, lo cual deriva en una menor probabilidad de tratamiento oportuno en comparación con las mujeres a las que se les detectó el cáncer durante un proceso de tamización (9). La tasa de supervivencia a 5 años de mujeres que están en estadio 0 o I es cercana al 100%, en estadio II cercana al 93%, en estadio III es de aproximadamente el 72% y en estadio IV es de 22% (10), estas cifras reflejan la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano en la supervivencia de estas pacientes.

El cáncer de mama genera altos costos de atención, tanto por su alta incidencia y prevalencia, como por las tecnologías y servicios requeridos para su manejo, por esta razón constituye una preocupación para la sostenibilidad del sistema. Los costos directos de atención del cáncer de mama en Colombia son elevados y se derivan de los medicamentos oncológicos, principalmente usados en estadios avanzados, lo cual representa un desafío económico para nuestro sistema de salud. Mejorar las estrategias de prevención, entre ellas la detección temprana, no solo aumentaría la esperanza de vida, si no que tendría impacto en los costos de atención (11).

Siendo el cáncer de mama uno de los principales responsables de morbilidad por enfermedad oncológica en Colombia y reconociendo que nuestro país tiene particularidades demográficas, culturales y sociales que generan diferencias en el acceso a los servicios de salud, surgen algunas preguntas que pueden ser contestadas a partir de un análisis de la literatura e información disponible, entre estas se encuentran: ¿existen barreras que influyen en la detección temprana del cáncer de mama?, ¿qué tipos de barreras se han identificado en la literatura nacional?, ¿puede el análisis de esta información permitir que los programas o estrategias de detección temprana en Colombia lleguen de manera más efectiva a la población en riesgo?.

De acuerdo con lo anterior, el objetivo principal de este trabajo es consolidar la información disponible sobre barreras de acceso a las estrategias y programas de detección temprana del cáncer de mama en Colombia y formular estrategias o recomendaciones que permitan ajustar las intervenciones ya existentes.

OBJETIVOS

Objetivo general

Consolidar la información disponible en la literatura sobre barreras de acceso a la detección temprana del cáncer de mama en mujeres en Colombia.

Objetivos específicos

- ✓ Consolidar y describir la literatura relacionada con las barreras de acceso relativas a las características de la población y su capacidad para acceder a las estrategias o programas existentes para la detección temprana de cáncer de mama.
- ✓ Consolidar y describir la literatura relacionada con las barreras de acceso para acceder a los programas existentes para la detección temprana de cáncer de mama, producto de la organización del sistema de salud.
- ✓ Elaborar recomendaciones que permitan ajustar las estrategias o programas existentes de detección temprana de cáncer de mama en Colombia.

MARCO TEÓRICO

Detección temprana del cáncer

La detección temprana es el uso de métodos diagnósticos o de criterios clínicos para determinar si un individuo o grupo de personas presentan determinada enfermedad, la detección se dirige a personas presuntamente sanas (12). A esos métodos se les conoce como cribado o tamización, este último término es el más usado en nuestro contexto. La Real Academia de la Lengua (RAE) define tamización como: *“Depurar, elegir con cuidado y minuciosidad”*. Por otro lado, el término cribado es definido por la RAE como: *“Realizar un examen médico a un conjunto de personas para detectar una determinada enfermedad y descartar otras”* (13).

Wilson y Junger en el año de 1968 elaboraron para la Organización Mundial de la Salud, diez principios importantes que se deben considerar al realizar la tamización, estos principios siguen vigentes hasta el día de hoy.

Los principios de la tamización de la Organización Mundial de la Salud (12):

- 1. La tamización debe dirigirse hacia un problema de salud importante.*
- 2. Debe ser una prueba de detección simple, segura, precisa y validada.*
- 3. El tratamiento debe iniciar en una etapa temprana y debería ser de mayor beneficio que el tratamiento iniciado en una etapa más tardía.*
- 4. Debe haber evidencia de que la prueba de tamización es efectiva para reducir la mortalidad y la morbilidad.*

5. *El beneficio debería ser mayor que el daño físico y psicológico causado por la prueba, los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento.*
6. *El costo de oportunidad del programa de detección debe ser económicamente equilibrado en relación con el gasto en atención médica en su conjunto.*
7. *Debe existir un plan para administrar y monitorear el programa de detección y un grupo de estándares de garantía de la calidad.*
8. *Los posibles participantes deberán recibir información adecuada sobre los beneficios y desventajas de la participación.*

A la luz de estos principios es importante considerar que, si estos se cumplen para la condición en salud que se desea detectar, es necesario desarrollar investigaciones que determinen el balance riesgo-beneficio de realizar tamización y de esta manera ofrecer programas de detección temprana que beneficien a la población objeto (12).

La alta carga de mortalidad e incidencia del cáncer convierte esta enfermedad en una situación de alto interés en salud pública, lo cual hace necesario generar programas o estrategias de detección temprana para ofrecer al paciente el tratamiento oportuno y aumentar la tasa de supervivencia. Implementar métodos de tamización puede ser beneficioso, pero también tiene consecuencias negativas cuando se producen falsos positivos que llevan al paciente al sobretratamiento y el sobrediagnóstico de la enfermedad, generando complicaciones y efectos adversos, además de los efectos psicológicos en el paciente.

La tamización debe entenderse como un proceso y no como un método diagnóstico, el proceso incluye desde la entrega de información e invitación a la población objeto para lograr su participación, la realización de las pruebas diagnósticas efectivas para la detección temprana, el seguimiento de los resultados de las pruebas y de ser necesario la realización de pruebas adicionales

en personas con resultados anormales, para asegurar el diagnóstico oportuno y finalmente el acceso a el tratamiento efectivo.

Acceso a los servicios de salud

Julio Frenk define accesibilidad como “*el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención*” (14). Así mismo refiere que este término va más allá de la disponibilidad de un recurso y postula 4 formas de accesibilidad:

- ✓ La geográfica en donde los recursos deben localizarse cerca de la población para que sean accesibles.
- ✓ La financiera, la cual es el grado en que los ingresos de los individuos son suficientes para pagar el precio de los servicios (transporte, tiempo y costo de atención).
- ✓ La organizativa, esta se refiere a las barreras que opone la organización de los recursos como, por ejemplo, el tiempo de espera para obtener una cita.
- ✓ La última es la cultural, esta corresponde a las distancias culturales como el idioma o la religión.

De esta manera el término de acceso implica una relación entre la población y los recursos, la cual puede ser positiva cuando beneficia a la población o negativa cuando hay barreras u obstáculos para el uso de los servicios (15). Por otro lado, Levesque y colaboradores, refieren que el acceso resulta de la conexión entre las particularidades de las personas, el entorno social, el entorno físico y las características y organización del sistema de salud (16). Ambos autores convergen en que en el concepto influyen características individuales y de los servicios.

Las barreras de acceso se pueden describir como los obstáculos o dificultades que experimentan los usuarios para acceder a los servicios de salud. De acuerdo con el concepto de accesibilidad se puede inferir que hay factores que determinan la prestación de los servicios de salud, algunos individuales y otros que son responsabilidad del sistema y la organización de los servicios. En Colombia, el acceso a la detección temprana y posterior tratamiento del cáncer de mama está influenciado por diferentes barreras tanto individuales como organizacionales, la finalidad de este trabajo es identificarlas en la literatura existente y describirlas.

Detección del cáncer de mama en Colombia

El cáncer de mama es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento incontrolado y la propagación anormal de las células de la mama, el tipo más común de esta neoplasia es el que se origina en las células de los conductos, también se puede presentar en los lobulillos o en otros tejidos de la mama. Aunque se puede manifestar tanto en mujeres como en hombres, es menos frecuente en hombres, en quienes solo representa el 1% de los casos y de las muertes por cáncer en los Estados Unidos. El síntoma más común en este cáncer es la presencia de un bulto o masa en el mama, entre los hallazgos menos comunes se incluyen cambios en la mama tales como engrosamiento, hinchazón, sensibilidad, descamación, irritación, enrojecimiento de la piel y anormalidades o diferencias en los pezones (2). Algunos factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de mama son el sobrepeso, la inactividad física, el tabaquismo, la historia familiar o personal de cáncer de mama, la menarquia a edades muy tempranas, los embarazos después de los 30 años o el nunca haber tenido hijos (2).

En Colombia la detección temprana del cáncer de mama está legislada por el Ministerio de Salud, en la resolución 412 del 2000, donde se establecen las acciones de protección específica y detección temprana de las enfermedades de

interés en salud pública. En esta resolución se define la detección temprana como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, reducción de duración y del daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte (17). Además, el Ministerio de Salud y Protección Social creó la guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, en donde se establecen las recomendaciones y estrategias para la toma de decisiones en la atención de esta enfermedad (18). Por otra parte, el Ministerio de salud y Protección social en colaboración con el Instituto Nacional de Cancerología (INC), crean el manual para la detección temprana del cáncer de mama, en donde se orienta y brinda conocimientos básicos al personal de salud para fortalecer la detección temprana del cáncer de mama y mejorar la capacidad de manejo de la enfermedad, además realiza recomendaciones en cuanto a estrategias y actividades de detección temprana de cáncer de mama en Colombia (19).

El Preventive Services Task Force de Estados Unidos (USPSTF) realiza recomendaciones para la detección temprana del cáncer de mama, entre las cuales recomienda con una fuerza de evidencia moderada la mamografía bianual en mujeres de 50 a 74 años. No recomienda realizar la mamografía a edades más tempranas, ya que puede aumentar el riesgo del sobrediagnóstico y el posterior sobretratamiento (20).

En Colombia, la norma técnica para la detección temprana del cáncer de mama, sancionada por la resolución 412 del 2000, define que la mamografía de 4 proyecciones es obligatoria para toda mujer por encima de los 50 años y debe realizarse cada dos años, independiente de la presencia o no de signos o síntomas en la mama. Si el examen mamográfico resulta con sospecha, la mujer debe tener acceso al diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración y al consecuente tratamiento, que debe ser realizado por un grupo calificado para el manejo de enfermedades de la mama. Además de esto, la norma también recomienda la educación en autoexamen de mama a todas las mujeres mayores de 20 años (21).

Por otro lado, la Guía de Práctica Clínica para la atención integral del cáncer de mama en Colombia, recomienda realizar la tamización mediante mamografía de 2 proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años, siempre en el marco de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. No recomienda realizar la mamografía en mujeres de 40 a 49 años, la decisión de realizarla después de los 50 años debe ser individualizada de acuerdo con el contexto de la persona. En cuanto a la detección del cáncer en mujeres con síntomas, debe iniciarse sin importar la edad usando los métodos diagnósticos adecuados. Respecto al examen clínico de la mama, recomienda su realización desde los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer y debe hacerse una vez al año por medio de un método estándar implementado por médicos debidamente entrenados y quienes, en el evento de detectar lesiones sospechosas, puedan asegurar la referencia inmediata y oportuna para el diagnóstico adecuado. Por otra parte no recomienda el autoexamen de mama como estrategia de tamización, refiere que esta actividad se debe enseñar como estrategia de concientización y autoconocimiento (18).

La detección temprana es la estrategia más importante en la lucha contra el cáncer de mama, se espera que, por medio de esta, se logre disminuir la frecuencia de la enfermedad y el acceso a estas estrategias puede verse mediado por características de la población y del sistema, comprometiendo su efectividad y el uso eficiente de los recursos disponibles.

MÉTODOS

Revisión de la literatura publicada, se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos MEDLINE (a través de PubMed), EMBASE y LILACS, usando estrategias de búsqueda diseñadas mediante la combinación de términos para cáncer de mama, acceso a los servicios de salud, detección temprana o tamización y Colombia.

Los criterios de selección de los artículos fueron:

- a) Artículos de investigación cuantitativa o cualitativa.
- b) Publicados en revistas indexadas entre Enero 2008 y Diciembre 2016
- c) Tener como tema central la descripción o análisis de barreras para los programas de detección temprana en cáncer de mama en población atendida en Colombia.
- d) Disponer de información sobre barreras para acceder a las estrategias de detección, propias de los individuos o de la organización de los servicios de salud.

La selección de las fuentes se realizó mediante revisión de título y resumen, o del texto completo de cada artículo cuando existieron dudas. No se resume una evaluación de la calidad de los artículos, debido a la variedad de diseños que no facilita la comparación. Se realizaron consideraciones generales sobre las limitaciones de los estudios encontrados.

Se consolidaron los principales hallazgos extraídos de la literatura seleccionada, mediante tablas y descripciones narrativas de la misma. Se formularon conclusiones y recomendaciones acordes con el contexto nacional orientadas a mejorar los servicios disponibles.

RESULTADOS

Para la consolidación y recolección de la información se modificó el modelo propuesto por Levesque y colaboradores, conceptualizando el acceso a los servicios de salud, en cuatro dimensiones de accesibilidad, las cuales captan los determinantes tanto de la oferta como de la demanda (26):

1. Necesidad y deseo de atención en salud: en esta dimensión se identifican las barreras que perciben las mujeres en cuanto a la información brindada por los prestadores de salud y la capacidad de ellas para obtener la información que les permita acceso efectivo a los servicios de tamización.
2. Percepción de la necesidad y búsqueda de atención en salud: esta dimensión se refiere a los factores culturales y sociales que determinan la posibilidad y capacidad de las mujeres para aceptar los servicios de salud.
3. Capacidad de lograr la primera atención en salud: en esta dimensión se reconocen las características estructurales y geográficas que intervienen en el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud.
4. Uso y adherencia de los servicios de salud: finalmente se establece en esta dimensión como el factor económico determina el acceso a los servicios de tamización.

1. Necesidad y deseo de atención en salud.

Según la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2015 (ENDS), el autoexamen de seno es conocido por el 93.9% de las mujeres en entre 21 y 69 años, de estas el 71.8% se lo ha realizado alguna vez en su vida, de este último grupo de mujeres

el 51.3% refirió que recibió la información acerca de cómo realizarse el examen a través del médico o de la enfermera, el 32% por medio de alguna institución de salud y el 23% a través de los medios de comunicación(27). En cuanto al examen clínico de la mama, se encontró que el 48.3% de las mujeres dentro del mismo rango de edad dijo practicárselo en algún momento, de las cuales al 5.7% se les detectó algún tumor. Con relación a la mamografía se reportó que un 48.1% de mujeres entre los 40 y 69 años se había realizado este examen. En estas pruebas de tamización fue común que el mayor conocimiento y realización de cada uno se relacionara con un alto nivel educativo y socioeconómico (27).

Los datos que suministra la ENDS nos permite visualizar que aún existe un gran desconocimiento por parte de las mujeres en cuanto a los servicios de tamización que ofrece el sistema de salud y el cómo hacer uso de ellos, pero por otro lado el sistema tiene una responsabilidad importante en la divulgación de los mecanismos que ofrece para que las mujeres accedan a estos servicios. Es evidente que los servicios de salud no tienen la competencia para mejorar el nivel educativo de la población, pero si tienen la capacidad y obligación de modificar o mejorar los métodos y mensajes para informar y difundir la información acerca de los métodos de tamización, usando lenguaje y mensajes comprensibles para la población objeto, sobre todo la mujeres de bajo nivel educativo (28).

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología, desarrollaron la Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama – versión para pacientes y cuidadores, en donde se brinda toda la información acerca del cáncer de mama, desde la definición de la enfermedad hasta diagnóstico, tratamiento e información sobre redes de apoyo. En el apartado de diagnóstico se expone clara y específicamente el autoexamen de mama, el examen clínico de la mama y la mamografía, se explica la realización y cuando es pertinente realizar cada uno de estos. Evidentemente la información dirigida al usuario existe, pero no está asegurado que la población objeto tenga conocimiento o haga uso de ella (29).

Las estrategias de información a los afiliados del sistema son sin duda una de las principales barreras para la correcta implementación de las estrategias de prevención.

Uno de los factores que puede influir en esta desinformación, es el desconocimiento que tiene las mujeres en cuanto a los derechos que tiene como usuarias del sistema, convirtiéndose este en una barrera para acceder a los servicios de salud (30).

2. Percepción de la necesidad y búsqueda de atención en salud.

Es claro que existe búsqueda activa de información en sectores específicos de la población, se puede establecer que a medida de que la mujer adquiere un mejor nivel educativo o mayor nivel de riqueza, está asegurada en el régimen contributivo o goza de un buen estado de salud, aumenta la probabilidad de hacer un uso efectivo por ejemplo de la mamografía (31,32). Por otro lado una razón para no acceder a las estrategias de detección temprana, incluyen las representaciones sociales y culturales, que puede tener el diagnóstico de cáncer de mama, como lo refiere Giraldo en su estudio, el temor a la pérdida, al dolor o incluso la muerte, los cuales puede ser factores asociados con que las mujeres no se realicen los exámenes, aun si conocen la repercusión de no hacerlo(33).

Existen factores culturales y sociales implícitos en la prestación de los servicios de salud que determinan como las mujeres aceptan y perciben la atención. El entorno y las creencias culturales de las mujeres genera actitudes y conductas en cuanto a la realización de técnicas de tamización, convirtiéndose en un factor importante que puede conllevar a desconfianza, temor y pudor ante los prestadores de salud, especialmente cuando se trata de la exploración física por ejemplo en el caso del examen físico de la mama, lo cual implica que de alguna manera existan barreras para la atención oportuna y la detección precoz (28,34).

3. Capacidad de lograr la primera atención en salud.

Un componente importante que tiene gran influencia como barrera de acceso a los servicios de salud, sobre todo en el contexto colombiano, es la distribución geográfica de los prestadores de salud. Esto facilita o dificulta el que las mujeres puedan acceder al servicio de salud y a los espacios físicos o estructurales que permiten hacer uso de los programas de tamización (26).

La disponibilidad y distribución de la oferta de servicios de salud en Colombia está definida por varios factores como la estructura político-administrativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual procura la autonomía territorial y la descentralización para el desarrollo de servicios, la competencia regulada como mecanismo para permitir el desarrollo de oferta privada no planificada o controlada por el estado. Esto se complementa con situaciones que afectan tanto la oferta y la demanda como la infraestructura vial, las condiciones socioeconómicas, la falta de especialistas, las condiciones de formación de la oferta y las barreras geográficas entre otros (35).

Sánchez y colaboradores, describieron en su estudio sobre itinerarios de atención, como el recurso humano y tecnológico está concentrado en la capital y grandes ciudades, a diferencia de otras zonas del país donde las mujeres refieren la insuficiencia en la red de prestadores para suplir las necesidades de atención (30). Estas situaciones obligan a las mujeres a buscar opciones para alcanzar la prestación del servicio, tales como desplazarse largas distancias tanto en la ciudad como en zonas rurales, situación que conlleva una mayor carga económica y social,

todas estas barreras generan diferencias de acceso en subgrupos poblacionales y demoras en la atención (30,36).

La prestación de servicios de mamografía en nuestro país no es equitativa en todo el territorio, Velasco y colaboradores, mediante información del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), observaron que hay departamentos donde hay ausencia total de servicios de mamografía, como Vichada, Vaupés y Guainía. La problemática del acceso al equipo de mamografía persiste en estas zonas alejadas del país en donde los factores laborales, pertenecer a minorías étnicas, estar afiliadas al régimen subsidiado, tienen un impacto negativo en el uso y acceso a la mamografía (32,37). En estos lugares podría establecerse servicios de telemamografía que evitarían dificultades de distancia en las mujeres que deben recurrir a un especialista para el diagnóstico. Esto solucionaría de alguna manera la carencia de recurso humano en salud en regiones apartadas.

A estas barreras se suman las impuestas por las aseguradoras, la limitada disponibilidad y contratación de prestadores y proveedores, además de la cancelación de contratos con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) sin que sean remplazados, todos estos temas restringen el acceso de las mujeres a los servicios de salud, exigiendo más trámites y demoras en la prestación del servicio (30).

Por medio de la resolución 412 de 2000, se inició la implementación gradual de la norma técnica para la detección temprana de cáncer de mama en Colombia, se estimaba que para el año 2010 más del 49% de las mujeres mayores de 20 años se hubieran realizado tamizaje por medio de la mamografía, la ENDS 2010 mostró en sus datos que este porcentaje fue mayor en los departamentos que presentan mejor estado social y económico(38) . La influencia de la norma se asocia con la disminución de la mortalidad en mujeres mayores de 50 años sobre todo en los lugares donde se ha podido ejecutar con un alto alcance poblacional los programas de tamización (39). La ENDS 2015 menciona que en departamentos como

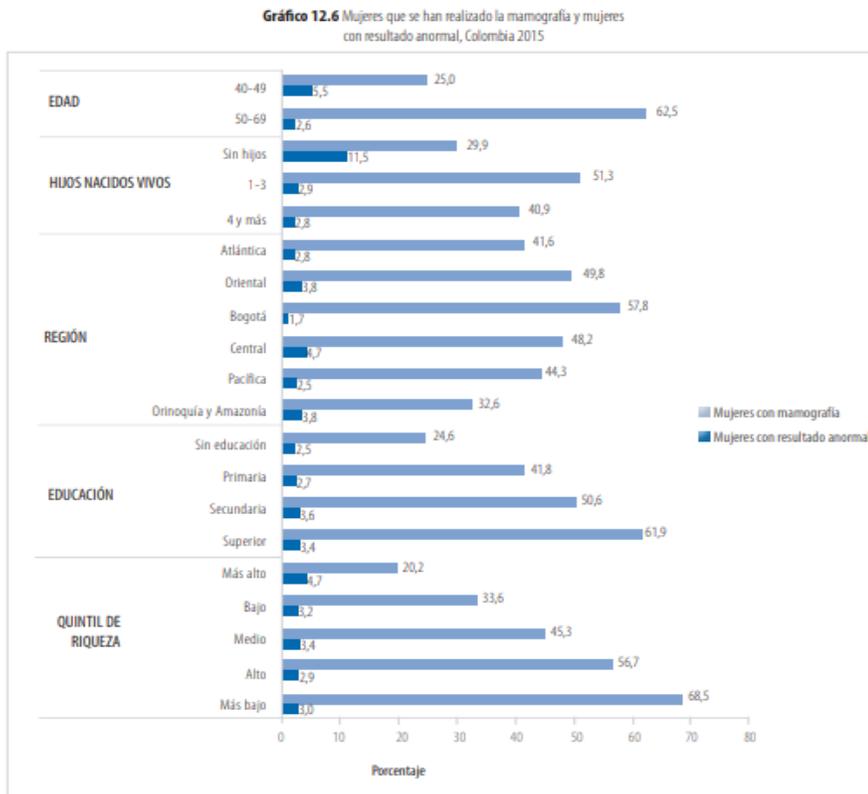
Guaviare y Cundinamarca la principal razón para no realizarse la mamografía fueron las relacionadas con los servicios de salud (27).

En nuestro país el tamizaje con mamografía no se está ofreciendo de forma homogénea a toda la población, algunas mujeres no pueden acceder al servicio por situaciones como tener que realizar pagos por los servicios, esperar tiempos exagerados para la asignación de citas y la existencia de barreras administrativas para obtener tratamientos e insumos (30).

Las mujeres que tienen mejor nivel educativo o socioeconómico pueden demandar atención de los procesos en salud, este grupo tiene mayor acceso al tamizaje mamográfico y por ende a diagnóstico precoz y tratamiento oportuno (9). De manera contradictoria en algunas ocasiones las mujeres con empleo tienen dificultades para acceder a los servicios por dificultades con su empleador, horarios de atención, dificultades para la asignación de citas entre otros(30).

En la figura 1 se puede observar datos de la ENDS 2015 de las mujeres que se realizaron la mamografía y las mujeres con resultado anormal, tomando diferentes características de las encuestadas.

Figura 1 Mujeres que se realizaron la mamografía vs resultado anormal. ENDS 2015.



Aunque no se dispone de información que permita confirmar esta afirmación, se cree que la gran mayoría de los especialistas en mastología del país se encuentran concentrados en los grandes núcleos urbanos. El artículo 19 de la ley de cáncer establece que, para la formación de recurso humano en oncología, se deben incluir programas académicos de educación formal y para el trabajo del talento humano en salud, planes educativos encaminados hacia el control de cáncer, enfocado en la prevención y la detección temprana según los protocolos vigentes (40). Es de vital importancia que desde la academia y el sistema de salud se hagan esfuerzos para

realizar capacitaciones dirigidas a médicos y enfermeras que mejoren la calidad de la atención, la cobertura y acceso a los métodos de tamización (28).

El Instituto Nacional de Cancerología ofrece formación continua para personal de la salud, en su mayoría los cursos que se ofrecen están enfocados en brindar el conocimiento y las destrezas necesarias para la atención integral del cáncer.

4. Uso y adherencia de los servicios de salud

No obstante, las estrategias de aseguramiento de nuestro sistema, la capacidad económica determina en gran medida la facilidad de las personas para gastar en los servicios de salud. La demanda en salud tiene variables que inciden en la forma que los usuarios acceden: el costo de la atención, los ingresos económicos del paciente, el comportamiento del proveedor, entre otros (26).

Para muchas mujeres el hecho de estar aseguradas no les garantiza que tendrán oportunidad para acceder a la atención en salud, en algunas ocasiones deben hacer pagos adicionales no relacionados con costos médicos directos, para cubrir ciertos servicios, esta situación genera retrasos en la atención, debido a que no todas las personas tienen la capacidad de pago para obtener el servicio deseado, persistiendo las barreras económicas para la mujeres sin capacidad de pago y sin afiliación al sistema de salud (30,39). En este sentido el acceso a métodos de tamización para asegurar un diagnóstico temprano es más factible para las mujeres de estrato socioeconómico alto, afiliadas al régimen contributivo y un nivel educativo alto, lo cual puede guardar relación con las altas tasas de cáncer detectadas en esta población (32,39), se puede decir que este grupo de mujeres reciben atención diferenciada por las circunstancias propias del sistema y de su nivel adquisitivo.

La vinculación laboral tiene una fuerte relación con la posibilidad de acceder a los servicios de salud y de hacer un uso efectivo de estos. Tener la posibilidad de pertenecer al régimen contributivo genera altas posibilidades de acceder a métodos de tamización, esta condición de aseguramiento otorga mayor seguridad a las usuarias en cuanto a la prestación de los servicios (41). Por otro parte, para las mujeres pertenecientes al régimen subsidiado es más difícil alcanzar los métodos de tamización, en general son usuarias con baja capacidad de pago, con dificultades para realizar copagos, adquirir medicamentos o acceso a servicios de manera privada.

DISCUSIÓN

Definir las razones por las cuales las mujeres no hacen uso efectivo de los servicios de tamización de cáncer que ofrece el sistema de salud no es tarea fácil, en Colombia las usuarias están sometidas a diferentes barreras que les impide el acceso oportuno a los servicios de salud. Las barreras de acceso para detección temprana del cáncer de mama tienen diferentes particularidades que dependen tanto del usuario como de la organización del sistema.

La ENDS demuestra que el 94% de las mujeres entre 21 y 69 años conocen el autoexamen de mama, lo cual no necesariamente representa que estas mujeres tengan conocimiento de la técnica que se debe usar para hacer un autoexamen efectivo. Todos los actores del sistema de salud tienen la responsabilidad de crear mecanismos de divulgación y comunicación que permita que la información llegue efectivamente a toda la población objeto. El conocimiento acerca de los métodos de tamización y la efectiva divulgación de los programas o estrategias de tamización existentes, garantizan los derechos de las ciudadanas susceptibles de esta enfermedad.

Entre las barreras que influyen más sobre el uso de los servicios acorde con lo publicado en la literatura colombiana, se encuentran las derivadas de las condiciones sociales y económicas de la población. La baja capacidad de pago se convierte en una de las principales razones para que las mujeres no accedan a la tamización en cáncer de seno. Esta a su vez guarda relación con factores como la falta de empleo, de educación para acceder a un empleo, el no estar afiliada al

sistema de salud o pertenecer al régimen subsidiado. Por otro lado, las barreras geográficas se relacionan con elementos económicos como no poder costear el desplazamiento a las instituciones a cargo para acceder al servicio o la limitación para poder continuar el tratamiento.

En el año 2010 se estableció la ley 1384, por la cual se establecieron las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, con el propósito de reducir la mortalidad y morbilidad por cáncer, el estado garantiza por medio de esta ley la prestación de todos los servicios que se requieran desde la detección temprana hasta la rehabilitación o el cuidado paliativo. El Parágrafo 1º del artículo 11 de esta Ley precisa las responsabilidades para asegurar que se preste atención integral en todas las etapas del cáncer, establece además que se deben prestar los servicios que están fuera de los planes de beneficio a los cuales se les debe hacer el recobro a que haya lugar (40). Lo que busca con la Ley de cáncer es que las personas más vulnerables de la población puedan acceder al diagnóstico temprano de cáncer además de todas las etapas siguientes a la tamización, evitando al máximo las barreras de acceso que se imponen durante el proceso.

El país y su sistema de salud tiene grandes retos en cuanto a programas de detección temprana de cáncer de mama, en Colombia no existen estrategias o programas organizados de base nacional y adecuadamente financiados para la tamización del cáncer de mama. debe existir un incremento progresivo de la cobertura de la tamización además de mejorar la calidad tanto de la mamografía como del examen clínico de la mama, actualmente las campañas de detección temprana de cáncer de mama se concentran principalmente en la promoción del autoexamen de mama, ya que este puede llegar a más población sin tener en cuenta rangos de edad para realizarlo, claro está que no es un examen de alta sensibilidad para la detección(42).

Para la formulación estrategias y programas de detección temprana de cáncer de mama es necesario reunir toda la información necesaria que permita conocer e comportamiento epidemiológico de la enfermedad teniendo en cuenta aspectos

como: ocurrencia, mortalidad, incidencia y factores de riesgo, además es necesario fortalecer el sistema de registro, notificación y consolidación de la información(43).

CONCLUSIONES

Para la formulación de estrategias o programas de tamización en cáncer de mama es necesario establecer las necesidades y características de la población de manera que se puedan disminuir las barreras de acceso a los servicios y generar capacidades que las mujeres usen a su favor para un acceso oportuno y efectivo a la tamización.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. 2014. Available from: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures. 2017;76. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. OMS | Cáncer de mama: prevención y control. WHO [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 19]; Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>
4. Antoni S, Soerjomataram I, Møller B, Bray F, Ferlay J. An assessment of GLOBOCAN methods for deriving national estimates of cancer incidence. Bull World Health Organ [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2017 Sep 28];94(3):174–84. Available from: <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/94/3/15-164384.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Grupo ASIS. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2016. 2016;1–163.
6. Cuenta de alto costo. Situación del cáncer en la edad adulta. 2016.
7. Salas C, Grisales. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2010;28(1):9–18. Available from:

- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700002%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf%5Cnhttp://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892010000700002&lng=en&nrm=iso&tlng=es
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV- 2016 [Internet]. [cited 2017 Nov 3]. Available from: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2016>
 9. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O a, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(6):478–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282140%5Cnhttp://www.scielosp.org/pdf/spm/v53n6/a03v53n6.pdf>
 10. American Cancer Society. Tasas de supervivencia del cáncer de seno [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 19]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tasas-de-supervivencia-del-cancer-de-seno.html>
 11. Gamboa Ó, Buitrago LA, Lozano T, Dieleman S, Gamboa C, León Gúzman É, et al. Costos directos del cáncer de mama en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2016;20(2):52–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2016.02.003>
 12. Bretthauer M, Kalager M. Principles, effectiveness and caveats in screening for cancer. *Br J Surg*. 2013;100(1):55–65.
 13. Real Academia de la Lengua Española. Real Academia Española [Internet]. [cited 2017 Nov 6]. Available from: <http://www.rae.es/>
 14. Instituto Nacional de Cancerología. Ministerio de salud y protección social.

- Incidencia, mortalidad y prevalencia. *Cáncer en Colombia 2007-2011*. 2011.
15. Instituto Nacional de Cancerología. Ministerio de salud y protección social. Modelo para el control en Colombia.
 16. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Publica Mex.* 2014;27(5):438–53.
 17. Frenk J. La salud de la población hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica; 2015.
 18. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013;12(1):18. Available from: <http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>
 19. American Cancer Society. ¿Qué es el cáncer de seno? [Internet]. [cited 2018 Jun 4]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
 20. Ministerio de Salud C. Resolucion Numero 412 De 2000. Minist Salud Pública. 2000;2000(Febrero 25):1–6.
 21. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana , tratamiento integral , seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Bogotá DC [Internet]. 2013;96. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guía de Práctica Clínica de Cancer de Mama versión completa.pdf>
 22. Instituto Nacional de Cancerología. Manual para la detección temprana del cáncer de seno.pdf. 2010.
 23. ROCKVILLE (MD): AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. | National Guideline Clearinghouse.

- 2012;
24. Ministerio de Salud C. Norma Técnica Para La Detección Temprana Del Cáncer De Seno. 2000;10. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-cancer-seno.pdf>
 25. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Minist Salud y Protección Soc República Colomb. 1993;1993(Octubre 4):1–19.
 26. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):1–9.
 27. Profamilia. M de S y PS-. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015 Tomo II: Componente de salud sexual y salud reproductiva. 2017;835. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/TOMO II.pdf>
 28. Gustavo F, Abril M, Manuel J, Díaz O. Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Invest Educ Enferm*. 2012;30:25.
 29. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana , tratamiento integral , seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Version para pacientes y cuidadores. 2013;
 30. Guillermo LS V., Celmira L V., Carolina EG, Estupiñán G. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2014;32(3):305–13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>
 31. Charry LC de, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2008;10(4):571–82. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-65449159083&partnerID=tZOtx3y1>

32. Font-Gonzalez A, Piñeros M, De Vries E. Self-reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: Impact of socioeconomic and demographic characteristics. *Salud Publica Mex.* 2013;55(4):368–78.
33. Giraldo-Mora C V. Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de Mama. *Rev salud pública.* 2009;11(4):514–25.
34. Ceballos-García GY, Giraldo-Mora CV. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Aquichan.* 2011;11(2):140–57.
35. Liliana J, Lara A, Alexandra M, Gómez M, Gómez FR. Informe Final Proyecto Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas , en servicios de alta y mediana María Alexandra Matallana Gómez Autores. 2013;
36. Vargas, Julian. Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia : limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. 2009;
37. Velasco S, Bernal O, Salazar A, Romero J, Moreno Á, Díaz X. Disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2014;18(3):101–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0123901514000286>
38. Ministerio de Salud y Protección Social-Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2011.
39. Pedraza AM, Pollán M, Pastor-Barriuso R, Cabanes A. Disparities in breast cancer mortality trends in a middle income country. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;134(3):1199–207.
40. Colombia. C de. Ley 1384 de 2010 [Internet]. [cited 2018 May 23]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>

-
41. Astrid A, Prieto M, Beatriz T, Yepes A, Eduardo D, Navas F, et al. condiciones sociodemográficas y nivel de incertidumbre en mujeres ante el diagnóstico de cáncer de mama. 2016;7577(2):0–2.
 42. Arboleda W, Murillo R, Piñeros M, Perry F, Díaz S, Salguero É, et al. Cobertura de examen clínico y mamografía de tamización para cáncer de mama en mujeres bogotanas Breast Cancer Screening Coverage with clinical examination and Mammography Among insured women in Bogota. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2009;13(9):69–76. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9015\(09\)70138-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9015(09)70138-6)
 43. González-Mariño MA. Evaluación de la utilidad de un programa de cribado mamográfico en Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2012;14(1):41–52. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es