

**BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN COLOMBIA:  
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

**CINDY DAYANA BEDOYA MURILLO  
DIANA MARCELA GARCIA RESTREPO  
YEIMY JUDITH PEREZ COLLANTE**

**MONOGRAFIA PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GERENCIA  
DE IPS**

**ASESOR  
HECTOR IVAN GARCIA GARCIA, MD, MSc. SP, MSc. Epidemiología**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
MEDELLIN  
2016**

# CONTENIDO

Pág.

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
4. OBJETIVOS	12
4.1. OBJETIVO GENERAL	12
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
5. MARCO TEÓRICO	13
5.1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	13
5.2. GENERALIDADES DEL CÁNCER	15
5.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	16
5.4. MARCO NORMATIVO	17
6. MÉTODOS	21
7. CUERPO DE LA MONOGRAFÍA	23
7.1 GENERALIDADES	23
7.2 BARRERAS DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER	26
7.3 MECANISMOS PARA ENFRENTAR LAS BARRERAS	50





## LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	29
Cuadro 2. Barreras administrativas para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	33
Cuadro 3. Barreras económicas para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	35
Cuadro 4. Barreras económicas y relacionadas con el personal médico para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	37
Cuadro 5. Barreras culturales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	42
Cuadro 6. Barreras relacionadas con los determinantes sociales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia	49
Cuadro 7. Mecanismos para enfrentar las barreras	54



## RESUMEN

**Objetivo:** Describir las barreras de acceso para el diagnóstico y tratamiento que se les presentan a los pacientes con diagnósticos oncológicos en Colombia. **Método:** Se realizó una revisión sistemática extensa de fuentes bibliográficas contenidas en base de datos como artículos de revista, tesis, trabajos de grado, monografías e investigaciones. **Resultados:** las barreras descritas fueron: a) barreras estructurales: relacionadas con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud; b) barreras administrativas: relacionadas con la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria; c) barreras económicas: relacionadas con el gasto de bolsillo; d) barreras relacionadas con el personal médico; e) barreras culturales; f) barreras relacionadas con los determinantes sociales; g) barreras originadas en determinantes estructurales: relacionadas con la posición socioeconómica, discriminación social y desconocimiento; y h) barreras intermedias: relacionadas con la ubicación geográfica, entorno laboral y el sistema de salud. Además, se describieron algunos mecanismos para enfrentar las barreras. **Limitaciones:** los estudios que hacen referencia a barreras de accesibilidad a los servicios de salud, están relacionados con los tipos de cáncer en los que se realiza cribado: cáncer de mama, cuello uterino y próstata. **Conclusiones:** sistema de salud colombiano desarticulado en su estructura financiera y administrativa en el que persisten inequidades en el acceso y oportunidad para la utilización de los servicios, presentándose barreras que no solo deterioran la percepción de la calidad de la atención sino también conllevan al empeoramiento de la condición clínica del paciente lo cual trae consecuencias para el paciente, su familia, el sistema de salud y el estado.

**Palabras clave:** cáncer, barreras de acceso, accesibilidad a servicios de salud, sistema de salud, políticas públicas de salud, Colombia.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the barriers to diagnosis and treatment of cancer patients in Colombia. **Method:** A systematic review of literature sources from extensive databases was conducted, containing journal articles, theses, degrees, monographs and research. **Results:** The barriers were described as: a) structural barriers: related to the organization of the General System of Social Security in Health; b) administrative barriers: related to the service of insurers and the public hospital network; c) economic barriers: related pocket spending; d) barriers related to medical personnel; e) cultural barriers; f) barriers related to social determinants; g) barriers originated in structural determinants: related to socioeconomic status, social discrimination and ignorance; and h) intermediate barriers: related to geographical location, work environment and the health system. In addition, some mechanisms are described to address barriers. **Limitations:** Studies that refer to barriers to access to health services are associated with cancers where screening is performed: breast cancer, cervix and prostate. **Conclusions:** The Colombian health system is disjointed in its financial and administrative structure in which inequalities persist in access and opportunity for the use of services. It introduces barriers that not only reduce the perception of quality of care but also lead to worsening patients' clinical condition which has consequences for the patient, their family, the health system and the state.

**Keywords:** cancer, barriers, accessibility to health services, health system, public health policies, Colombia.



## 1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en Colombia si bien ha incrementado la cobertura de la afiliación a las aseguradoras, también ha traído para la población grandes desigualdades en el acceso a los servicios de salud, ocasionadas por el tipo de aseguramiento, algunas características sociales y demográficas y el desconocimiento del funcionamiento de los servicios, entre otras. Según Charry y Cols las principales dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia son la accesibilidad a la prestación de servicios en salud, las ineficiencias de su organización y operación a causa del déficit de los recursos de salud y la escasa oferta en puntos no urbanos (1). El acceso real y equitativo de los grupos poblacionales al sistema de prestación de servicios se afecta, entre otros por la disponibilidad de prestadores y las características de las personas tales como su edad, su lugar de residencia y el grupo étnico al que pertenecen (1).

Los pacientes oncológicos representan una población vulnerable no solo por su condición de salud y fragilidad emocional sino también por el impacto social y económico y por la predisposición de presentar complicaciones asociadas al cáncer. Además de las dificultades para la atención que tiene la población general, en los pacientes oncológicos se adicionan su falta de conocimiento sobre el cáncer y los problemas en la organización y limitaciones o baja calidad de los servicios especializados (2).

En Colombia el cáncer es un problema importante de salud pública debido a que las tasas de incidencia y de mortalidad se han venido incrementando en las últimas décadas. Del año 2000 al 2006, hubo 32.316 casos nuevos en hombres y 38.751 en mujeres y la tasa de incidencia, es decir, la probabilidad de casos de cáncer, fue de 186,6 y de 196,6 por 100.000 habitantes respectivamente (3). Esta situación ha generado un grave impacto social y económico para el país si se tiene en cuenta que cerca de 28 mil hombres y mujeres mueren anualmente por esta causa y que la mayor parte de los casos se diagnostican cuando la enfermedad está muy avanzada y las posibilidades para que la terapia surta efecto son muy limitadas (4).

El cáncer, como enfermedad crónica, es uno de los principales problemas de salud después de las enfermedades cardiovasculares, con base en las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las que resaltan que esta enfermedad es la segunda causa de muerte en los países industrializados y fue la tercera causa de muerte en Colombia, en el año 2002 (4). Los tipos de cáncer más frecuentes en Colombia son: en niños, leucemias, tumores relacionados con el sistema nervioso central y linfomas; en hombres próstata, estómago, pulmón, colon y recto; y en mujeres, mama, cuello uterino, tiroides, estómago y colon (3).

En Colombia, en lo normativo se dispone del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 y la Ley 1384 de 2010 por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Con estas normas se plantean intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para reducir la incidencia, mortalidad y discapacidad, así como mejorar la calidad de vida de niños y adultos que tienen la enfermedad; a pesar que se dispone de estas normas se requiere mayor implementación y vigilancia del cumplimiento de las mismas (5).

Los avances en el conocimiento científico y técnico, el desarrollo de nuevas y más modernas tecnologías y la introducción de nuevos tratamientos para personas con cáncer no han beneficiado a muchos pacientes debido a la existencia de factores que condicionan y generan retrasos en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad, limitando una atención integral, oportuna y pertinente. En diversos estudios se coincide en la identificación de barreras de infraestructura, equipamiento, accesibilidad, organización administrativa y aspectos socioeconómicos (2).

Teniendo en cuenta lo anterior y siendo el cáncer una enfermedad con tendencia al incremento que demanda tratamiento de alta complejidad y costo, y con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales, se requiere revisar, describir y analizar las diversas barreras para el diagnóstico y tratamiento que se les presentan a los pacientes con diagnósticos de cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia, que dificultan generar intervenciones oportunas, idóneas, coordinadas y sostenibles en el tiempo y que disminuyan la posibilidad de presentar complicaciones, discapacidades, situaciones de discomfort, calidad de vida insatisfecha y muerte.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Al considerarse el cáncer una enfermedad de interés en salud pública, se pretende describir las barreras en la atención en salud de los pacientes con diagnósticos de cáncer mama, cuello uterino y próstata en Colombia, resaltando las condiciones más prevalentes a las que se ven enfrentados, como son las relacionadas con el tipo de aseguramiento, la situación económica, las condiciones sociodemográficas, el conocimiento del paciente y los trámites administrativos, como autorizaciones, entrega de medicamentos y evaluación multidisciplinar.

El desconocimiento de estas barreras se debe abordar desde una mirada más amplia ya que no solo tiene repercusiones para el estado de salud del paciente y los roles familiares, sino también impacta de manera desfavorable al sector salud y los diferentes actores de este, la comprensión de su impacto demuestra que un diagnóstico y un tratamiento tardío representan progreso en el estadio de la enfermedad, mayores complicaciones y discapacidades para el paciente, prolongación de tiempo de tratamiento y por ende aumento de costos en el sector salud.

Con la revisión sistemática sobre las barreras para el acceso a los servicios de salud de los pacientes con diagnósticos de cáncer mama, cuello uterino y próstata en Colombia, se logró el conocimiento, análisis y comprensión de estas; además reflexionar si se requieren nuevas estrategias que reorienten la gestión y direccionamiento por parte de las IPS y EPS como son el tiempo para las autorizaciones y la documentación requerida para el respectivo tratamiento a pacientes oncológicos no solo para mejorar la calidad de vida sino también para favorecer el pronóstico de la enfermedad.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de mama, cuello uterino y próstata en Colombia?

### **4. OBJETIVOS**

#### **4.1 General**

Describir las barreras de acceso para el diagnóstico y tratamiento que se les presentan a los pacientes con diagnósticos de mama, cuello uterino y próstata en Colombia que han sido publicadas en la literatura.

#### **4.2 Específicos**

1. Describir las barreras de acceso para el diagnóstico relacionadas con el aseguramiento, la situación económica, las condiciones socio-demográficas y los trámites administrativos para la atención en salud.
2. Identificar las barreras que retrasan o limitan el tratamiento de los pacientes con cáncer como son la accesibilidad, infraestructura, equipamiento y organización administrativa.
3. Analizar las barreras de acceso a los servicios de salud del paciente oncológico comparando los resultados encontrados en las fuentes bibliográficas

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Se entiende el **acceso a servicios de salud** como el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente (6).

El acceso a los servicios médicos se define como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan (7).

Completando esta concepción, se identifican tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales los cuales son:

**1) Político:** acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios.

**2) Acceso potencial:** interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes.

**3) Acceso real:** relaciona determinantes objetivos cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios y subjetivos de la utilización de servicios (satisfacción) (6).

La **accesibilidad** ha sido considerada como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos, con miras a la búsqueda y obtención de atención; se evalúa en el marco de las interacciones entre los usuarios y los recursos del sistema de salud, siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios.

La calidad depende, entre otros aspectos, de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud, y una vez se ha logrado, de la mayor o menor calidad de la atención proporcionada (8).

Antes de que una persona acceda al servicio médico, se presenta la necesidad de atención médica, luego la demanda por el servicio y por último se llega al acceso a través de la oferta.

Existe diferencia entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud. La primera se presenta al momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de si consideran que dicho problema de salud requiere o no atención médica, mientras que la segunda depende de factores como el ingreso, los costos de atención y el estado de salud percibido por las personas o la gravedad percibida del problema de salud (7).

Una de las reformas de los sistemas de salud que se han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de competencia regulada, caracterizado por la introducción de un mercado regulado en el que las aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia fue uno de los primeros países de la región en adoptar este modelo con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993 (9).

Si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia, este no era el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el Sistema General de Seguridad social en salud (SGSSS), persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de estas barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas (7).

En el ámbito del acceso a la atención, la discusión se ha centrado en las dificultades para extender la cobertura de la afiliación al seguro de salud en forma universal. No obstante, la afiliación a un seguro es sólo una de las variables que capacitan para la utilización de servicios. De hecho, se observa un aumento sostenido de quejas a la Superintendencia de Salud y a la Defensoría del Pueblo y de las tutelas presentadas ante la Corte Constitucional contra las aseguradoras por los límites que introducen en la entrega de medicamentos, cirugías, pruebas diagnósticas, entre otras, tanto incluidas en el pos como fuera de cobertura (10).

Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios (9).

Los **servicios de salud** son construcciones sociales establecidas para atender las necesidades de salud de una población en términos de promover la salud, prevenir la enfermedad, reparar la salud dañada por la enfermedad y rehabilitar a

los individuos en quienes quedan secuelas incapacitantes y se constituyen en un factor importante para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población (8).

## 5.2 GENERALIDADES DEL CÁNCER

Según la OMS el cáncer es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores benignos o malignos o «neoplasias malignas». Si el tumor es benigno, las células se multiplican de forma descontrolada, pero no se extienden a otras partes del organismo. Generalmente, los tumores benignos no ponen en peligro la vida, aunque si continúan creciendo, la presión puede terminar afectando a los órganos cercanos, por lo que suele ser necesario extirparlos (11).

Si el tumor es maligno, las células que lo forman tienen capacidad para extenderse a otras áreas del organismo y también pueden crecer en estos órganos; una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (12).

El cáncer es causado por la transformación de una célula normal en tumoral es un proceso multifásico y suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos del paciente y agentes externos carcinógenos (físicos, químicos y biológicos). El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia que tienen los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad (12).

**Detección temprana:** la mortalidad por cáncer se puede reducir si los casos se detectan y tratan a tiempo. Las actividades de detección temprana tienen dos componentes (12):

- **El diagnóstico temprano:** el conocimiento de los síntomas y signos iniciales (en el caso de cánceres como los de la piel, mama, colon y recto, cuello uterino o boca) es fundamental para que se puedan diagnosticar y tratar precozmente. El diagnóstico temprano es especialmente importante cuando no hay métodos de cribado eficaces o, como ocurre en muchos entornos con escasos recursos, o no se aplican intervenciones de cribado y tratamiento. En ausencia de intervenciones de detección temprana o de cribado y tratamiento, los pacientes

son diagnosticados en estadios muy tardíos, cuando ya no son posibles los tratamientos curativos.

- **El cribado:** tiene por objeto descubrir a los pacientes que presentan anomalías indicativas de un cáncer determinado o de una lesión precancerosa y así poder diagnosticarlos y tratarlos prontamente. Los programas de cribado son especialmente eficaces en relación con tipos de cáncer frecuentes para los cuales existe una prueba de detección costo-eficaz, asequible, aceptable y accesible a la mayoría de la población en riesgo.

**Tratamiento:** el diagnóstico correcto del cáncer es esencial para un tratamiento adecuado y eficaz, porque cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades, tales como la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo principal radica en curar el cáncer o prolongar la vida de forma considerable. Otro objetivo importante consiste en mejorar la calidad de vida del paciente, lo cual se puede lograr con atención paliativa y apoyo psicológico (12).

Con el fin de administrar el tratamiento más adecuado, los médicos realizan una clasificación en la que establecen el tamaño, los ganglios linfáticos afectados y el grado de metástasis o propagación a otros órganos. La clasificación más utilizada es el sistema TNM, creado por el Comité Conjunto Americano del Cáncer. Cada letra alude a una característica, que se define con un número: T (tamaño), seguido de un número del 0 al 4, se refiere al tamaño del tumor, cuanto más grande es el cáncer, mayor es el número N (nódulos), del 0 al 3, hace alusión a los ganglios linfáticos que se encuentran afectados por las células cancerosas M (metástasis) y un 0 ó 1, indica si el cáncer se ha extendido o no a otros órganos (13).

**Cuidados paliativos:** Como su nombre indica, van dirigidos a aliviar, no a curar, los síntomas del cáncer. Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente; se trata de una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer u otras enfermedades crónicas mortales. Se necesitan sobre todo en lugares donde hay una gran proporción de enfermos en fase avanzada, que tienen pocas probabilidades de curarse.

Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado (12).

### 5.3 SITUACIÓN EPIDEMIOLOGIA

Se calcula que cada año se presentan en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de



desarrollo. Según la OMS, 70% de las muertes ocurrieron en países de ingresos bajos o medios. Murieron 33.450 personas por cáncer en Colombia, 16.9% de las muertes nacionales en un país en conflicto; 16381 decesos masculinos y 17069 femeninos. De 100.000 hombres y 100.000 mujeres, 72.9% y 74.1% mueren respectivamente. Es decir, el cáncer es más común en mujeres, pero en hombres hay más mortandad" (14).

En Colombia el cáncer representa un problema de salud pública creciente: de acuerdo con las cifras de mortalidad del Globocan 2012 (15), en el país 104 personas fallecen al día por esta enfermedad. Este resultado es una combinación de factores que incluye: malos hábitos de la población como el consumo de tabaco, sobrepeso, la poca ingesta de frutas y verduras y el exceso de comidas rápidas, bebidas azucaradas y alcohol. Otro de los factores determinantes está relacionado con los problemas de los servicios de salud en los ámbitos de la prevención, la detección temprana, el tratamiento y los cuidados paliativos (16).

Los estudios sobre incidencia de cáncer en Colombia se hacen en tres muestras demográficas. En los niños en orden descendente, la leucemia, los relacionados con el Sistema Nervioso Central, y los linfomas son los más reportados. En hombres, el de próstata, estómago, pulmón, colon y recto. En mujeres, mama, cuello uterino, tiroides, estómago y colon. Podemos decir que los cánceres más comunes en todo el conjunto poblacional son el de estómago y el de colon (14).

En Colombia el número de enfermos y personas muertas por esta causa ha ido aumentando en los últimos años; para el 2012 se reportaron cerca de 71.000 casos nuevos y 38.000 muertes por esta causa, lo que significa que 195 personas son diagnosticadas y 104 más mueren diariamente por esta enfermedad. Según cifras del año 2012, el cáncer de mama fue la primera causa de enfermedad y muerte entre las mujeres, con 8.686 casos nuevos por año y 2.649 muertes, seguido por el de cuello uterino con 4.661 casos diagnosticados y 1.981 muertes por año. En los hombres, los más frecuentes son el cáncer de próstata, que aporta alrededor de 9.500 casos por año y el de estómago con 3.688 casos (17).

## **5.4 MARCO NORMATIVO**

En 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó en Bogotá y en seis ciudades del país el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, el cual permite el abordaje con acciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado por la población.

Para continuar con la reglamentación de las leyes 1384 y 1388 de 2010, a través de la Resolución 247 de 2014, el Ministerio estableció el reporte para el registro de

pacientes con cáncer como una herramienta de información para el monitoreo, el seguimiento y el control de los pacientes oncológicos.

En ese sentido, las IPS, las entidades territoriales y las EPS deben reportar de manera obligatoria a la Cuenta de Alto Costo la información general relacionada con los servicios prestados para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes, con el propósito de mejorar la calidad de la atención, así como brindar herramientas para la investigación, la gestión del riesgo de la enfermedad y evaluar el resultado final de los tratamientos (17).

**Ley 1384 19 abril de 2010:** ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia (5). El Objeto de la Ley es ~~%~~ establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo+.

### **Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 Æ 2021 (3)**

El propósito del Plan es posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia.

El Plan Decenal busca a partir de la evidencia científica existente y los lineamientos establecidos en el Modelo para el control del cáncer en Colombia (el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento - rehabilitación y el cuidado paliativo), sentar las bases para controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad.

Sus objetivos son:

1. Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables para cáncer.
2. Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.

4. Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer

Define 6 líneas estratégicas donde se definen metas y se enuncian las acciones que seguirán en el nivel político, comunitario y de los servicios.

1. Control del riesgo (Prevención primaria)
2. Detección temprana de la enfermedad
3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer
4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer
5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer
6. Formación y desarrollo del talento humano.

## 6. METODOS

**Tipo de estudio:** revisión sistemática.

### **Fuentes de información:**

Se realizó una revisión sistemática mediante una búsqueda extensa de fuentes bibliográficas, una recopilación documental a través artículos de revista, tesis, trabajos de grado, monografías e investigaciones que permitieron identificar las barreras de acceso para los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia, para la obtención de la información se utilizaron las bibliotecas electrónicas que en su portafolio permitan el acceso de bases de datos de ciencias de la salud, tales como: Academic Search Complete (EBSCO), Access Medicine, Cancernet, ClinicalAcces, ClinicalKey, ClinicalKey en Español, Global Health, Highwire Press, Imbiomed, JAMA Network, J-STAGE, Lilacs-Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud, McMaster Plus, Medline, Ovid, New England Journal of Medicine, PubMed, SAGE, SciELO, ScienceDirect, Speechbite, SpringeLink Journal Medicine, Trip Database, Uptodate, además; se indagó en las revistas de ciencias de la salud de Colombia: Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Revista Colombiana de Cancerología, Avances en Enfermería, Investigación y Educación en Enfermería, Revista colombiana de enfermería y Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

La búsqueda se llevó a cabo en el periodo comprendido entre octubre de 2015 a agosto 2016 y se utilizaron las palabras clave como: cáncer, barreras de acceso, accesibilidad a servicios de salud, sistema de salud, políticas públicas de salud, Colombia.

### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Los **criterios de inclusión** para la revisión sistemática fueron los siguientes:

- Se incluyeron investigaciones, artículos de revista y trabajos de grados relacionados con accesibilidad y barreras a los servicios de salud para el paciente con diagnósticos de cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia.
- El rango de publicación para la revisión sistemática no fue mayor a últimos 5 años, sin embargo, aquellas fuentes bibliográficas que incluían información relevante para el análisis y síntesis se amplió el rango hasta de 10 años.
- Para la recopilación de información se tomaron en cuenta aquellos documentos en el idioma español, inglés y portugués.

Los **criterios de exclusión** para la revisión sistemática fueron los siguientes:

- Se excluyeron publicaciones sin soporte científico que fueran de opinión.

#### **Estrategia de búsqueda:**

Para el proceso de búsqueda de la información de una manera más eficiente en las bases de datos, se utilizaron las palabras claves cáncer, barreras de acceso, accesibilidad a servicios de salud, sistema de salud, políticas públicas de salud y Colombia en combinación con los operadores OR (combinar términos), AND (para unir términos) and NOT (para excluir términos).

#### **Selección de estudios:**

Para la selección de los estudios se tuvieron en cuenta los criterios de elegibilidad, además del título y el contenido de los abstractos, posteriormente si la publicación cumplía con los estándares establecidos se recopilaba el texto completo para su revisión; para evitar la duplicación de los registros por los revisores se realizaron acuerdos y una base de datos de los estudios seleccionados.

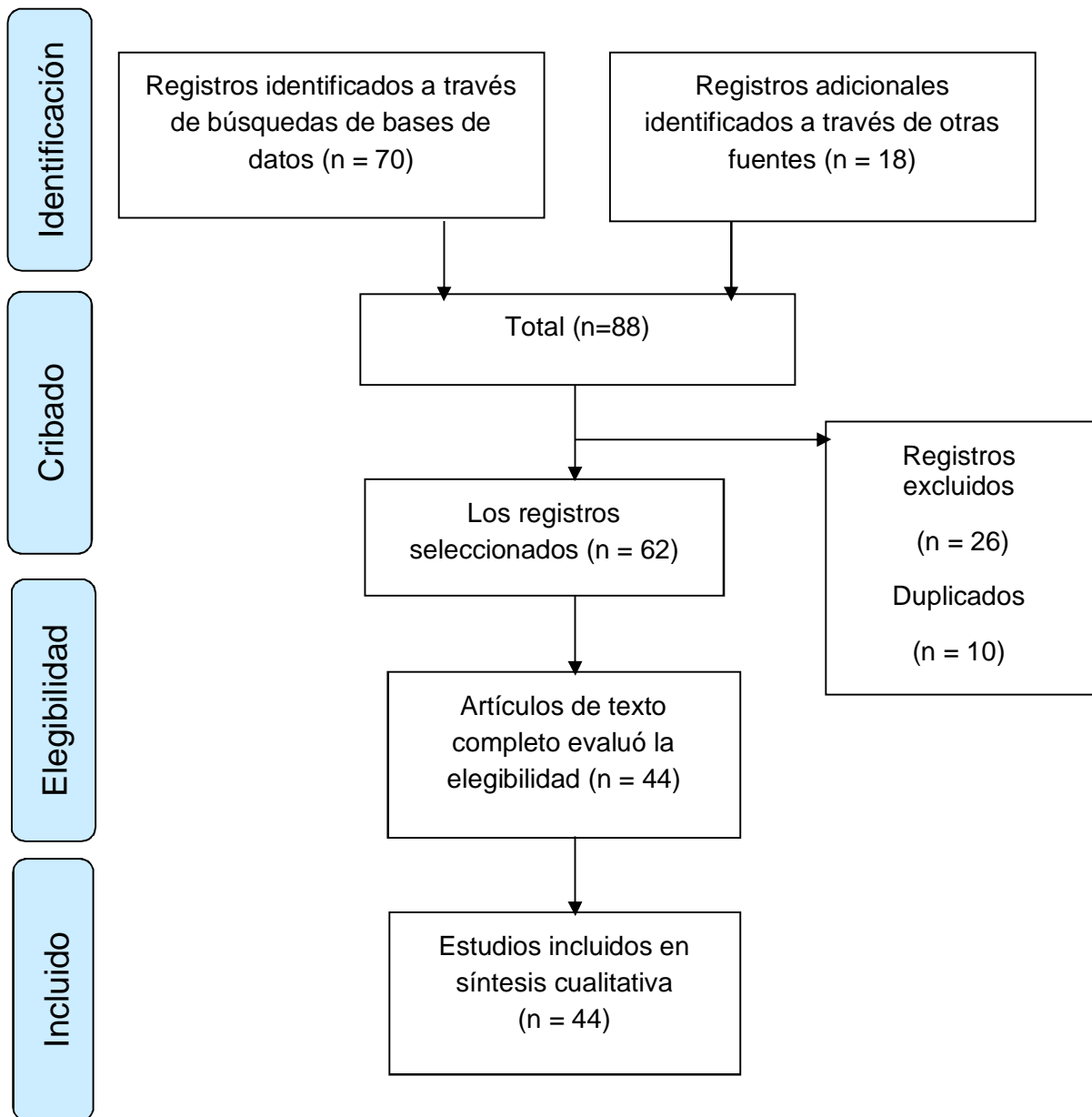
#### **Elemento de datos:**

Luego de la recolección de la información se hizo una lectura de cada texto completo extrayendo los fragmentos que son relevantes para el posterior análisis, seguidamente se realizó una síntesis por categorías en un proceso comparativo, deductivo y analítico de las barreras de acceso a los servicios de salud de los pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia encontradas.

#### **Selección de estudios:**

La búsqueda en las diferentes bases de datos proporcionó un total de 70 artículos científicos publicados, más 18 registros adicionales identificados en otras fuentes, dentro los cuales están incluidos 9 registros de la parte normativa y 9 páginas web de ONG y otras instituciones afines a la temática (ver anexo 1 tabla Lista de revisión sistemática). Después de ajustar por duplicados 60 estudios permanecieron para la revisión. Teniendo en cuenta los criterios de exclusión este número se redujo a 44, porque 16 publicaciones no cumplieron los criterios seleccionados para la revisión sistemática. Es total se utilizaron 62 registros realizando la sumatoria de los 44 artículos científicos más 9 documentos normativos y 9 páginas web que incluía ONG y otros entes. Ver figura 1 diagrama de flujo PRISMA (18).

Figura 1. Diagrama de flujo Prisma



## **7. CUERPO DE LA MONOGRAFIA**

### **7.1 GENERALIDADES**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su constitución (19). En Colombia según la Constitución Política de 1991 se estipulo en el artículo 48 la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social y el artículo 49 definió la atención de la salud como un servicio público a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes; ambos artículos se rigen bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (20).

Para dar cumplimiento a estos derechos, Colombia realizo una reforma al sistema de salud, creando la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objetivo es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención (21). Una de las reformas de los sistemas de salud que se han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de competencia regulada, caracterizado por la introducción de un mercado regulado en el que aseguradoras compiten por la afiliación de la población. Colombia fue uno de los primeros países de la región en adoptar este modelo con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993 (9).

Estudios sobre acceso a los servicios de salud, adelantados en el país antes y después de la reforma de 1993, muestran una orientación diferente en uno u otro período. En el período anterior a la reforma, los principales estudios utilizaron indicadores para valorar el acceso real con base en la necesidad de salud percibida, la demanda insatisfecha y la necesidad final atendida; después de 1993 los estudios priorizaron el aumento en la cobertura del aseguramiento y la evaluación de algunos aspectos de la Ley 100 de 1993 como política pública (22).

Con esta reforma se incrementó la cobertura del sistema de salud, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del año 2012, se registró un aumento en la cobertura de aseguramiento del 56.9% al 90.8% entre 1997 y 2012, al mismo tiempo disminuyó en el mismo periodo de 79.1 % a 75.5 % al acceso a los servicios de salud en Colombia (entendido con el porcentaje de personas que utilizo los servicios médicos al momento de necesitarlos) (7).

Así mismo con el modelo de competencia regulada, la salud se ha enfocado en aspectos principalmente financieros, conllevando a que el lucro se convierta en el foco principal, desplazando la obtención de resultados en salud; de esta forma, los problemas asociados a la negación y acceso a los servicios de salud, se emplean como mecanismos de contención de costos, desencadenando consecuencias funestas para el bienestar de muchas personas y sus familias (23).

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, se plantea como una de las principales metas la cobertura universal en el país, y aunque en el año 2013 esta cifra se acercaba al 92 % (14), dicho indicador no reflejaba una situación de acceso real y calidad en la atención (24); pues si bien el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia, este no es el único factor que determina la utilización de los servicios. Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo. Algunas de las barreras están relacionadas con la oferta, como son la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras se relacionan con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas (7). A pesar de la sentencia T-760 de 2008 proferida por la Corte Constitucional (25), las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia han obligado a los ciudadanos a buscar en el sistema judicial las herramientas que les permitan alcanzar el goce efectivo del derecho a la salud, con un promedio mensual de 9.596 tutelas por este motivo en 2013 y un total anual de 115.147 (24).

El Plan Estratégico Sectorial de Salud en Colombia 2014-2018 liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) plantea la sostenibilidad financiera del sistema de salud como una de sus metas; además, define una relación directa entre la sostenibilidad y la equidad, pues sin sostenibilidad, no se garantiza la equidad real. La equidad es uno de los temas más complejos a los que se enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (SGSSC) dado que desde la perspectiva bioética se trata de cumplir el principio de justicia y garantizar dentro de las limitaciones presupuestales del sector salud, los servicios y los insumos que requiere un paciente sin que se afecte el acceso y la provisión de servicios a otros pacientes+(26).

En Colombia el cáncer es un problema de salud pública en aumento, que representa grandes repercusiones psicoafectivas, sociales y económicas; según las estadísticas del Globocan, para Colombia en el año 2012, aproximadamente 104 personas fallecieron cada día por esta enfermedad y 196 personas enfermaron de cáncer. Entre los hombres las principales localizaciones de cáncer fueron en orden decreciente: próstata, estómago, pulmón, colón, recto y linfomas no-Hodking. Entre las mujeres las principales localizaciones fueron mama, cérvix, tiroides, estómago, colon, recto y ano. En los niños el cáncer no representa más



del 3% de los casos nuevos del país, pero sí presenta unas altas tasas de mortalidad, especialmente por leucemias agudas pediátricas (27).

La equidad en salud es una condición básica para el desarrollo humano y la justicia social e implica que todas las personas deben tener igualdad de oportunidades tanto en el acceso como en la utilización de los servicios de salud. La falta de equidad puede expresarse en una mala distribución de la respuesta a las necesidades de salud que conduce a inequidad en el uso y acceso a los servicios de salud (28). Lograr la equidad o cumplir el principio de justicia dentro del SGSSS en relación con el cáncer, requiere un análisis juicioso de planeación dada la tendencia creciente de la incidencia del cáncer en Colombia; es así como en el 2015 se diagnosticaron cerca de 80.000 casos nuevos de cáncer y para el 2035 se espera casi el doble, es decir, 155.000 casos. Por otra parte, un alto porcentaje de pacientes, se diagnostica en estadios avanzados de la enfermedad; además, debido a la alta cobertura alcanzada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSSC) se debe disponer de un presupuesto que garantice: la prevención de nuevos casos en el futuro, la detección temprana, el tratamiento y cuidados paliativos del paciente con cáncer (26). El país continúa concentrando esfuerzos en reducir tasas de incidencia y mortalidad, aumentar los niveles de tecnología y promover mayor desarrollo en las regiones, mejorar sustancialmente el derecho a la salud, a través de acceso sin barreras a los programas de tamización y tratamientos del cáncer (29).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) en el año 2013 crea el Observatorio Nacional de Cáncer en Colombia (ONC) en colaboración con el Instituto Nacional de Cancerología, esta iniciativa se desarrolla ante la situación de cáncer dentro del país y en cumplimiento de compromisos internacionales como la Declaración de la ONU sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y los compromisos nacionales como los adquiridos en las leyes 1384 Ley Sandra Ceballos y 1388 de 2010 Derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia (30) y la ley 1383 de 2013 Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, asimismo, como lo establecido por la Resolución 4496 de 2012 (31) relativo a la adopción del Sistema de Información Nacional en Cáncer Sincan y que define la necesidad de crear el Observatorio Nacional de Cáncer en Colombia (ONC) y la Resolución 247 registro de pacientes con cáncer en la Cuenta de Alto Costo (32) (27).

La OMS y diversas organizaciones contra el cáncer han planteado que es posible salvar 1.5 millones de vidas que se perderían a causa del cáncer, si se garantizan el diagnóstico y el inicio de tratamiento oportuno (24), cuando la enfermedad se descubre oportunamente, tiene mayor opción de tratamiento y de sobrevivencia a largo plazo (33). Los cambios demográficos y sociales experimentados por Colombia han modificado la estructura por edades de la población lo cual muestra un aumento en el grupo mayor de 60 años, que sumado al crecimiento de la población, explicaría en dos terceras partes el aumento de la carga por cáncer en

el país. El incremento en el número de casos representa un desafío para los sistemas de salud de la región, debido a la carga que implica para los servicios de salud y el impacto económico de dicha situación(34).

Para Hewitt las barreras son todas las condiciones psicológicas y sociales que impiden o retrasan el acceso a los servicios de salud (35), en el proceso de revisión documental sobre la descripción de las barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia se evidencio carencia de estudios relacionados con los tipos de cáncer que causan mayor morbilidad y mortalidad en Colombia siendo estos estómago, pulmón, próstata y mama (27), los estudios que hacen referencia a barreras de accesibilidad a los servicios de salud, están relacionados con los tipos de cáncer en los que se realiza cribado siendo estos cáncer de mama, cuello uterino y próstata (36).

Actualmente los analistas han dado prioridad al tema de la cobertura del seguro para todos y particularmente, a los mecanismos de inclusión; sin embargo aún entre quienes tienen el seguro se aprecia la existencia de barreras: disminución de la disponibilidad de servicios por ajustes orientados a mejorar la eficiencia de las instituciones (cierre de servicios en zonas rurales, ciertos turnos); falta de oportunidad, barreras geográficas, falta de dinero cómo una dificultad importante que lleva a los usuarios a no solicitar servicios, preocupación por los copagos, la presión que en algunos casos se ejerce sobre la familia (falla en la entrega de medicamentos); la persistencia de barreras evidencia la poca efectividad de la estrategia de aseguramiento para promover el acceso a los servicios (22).

## **7.2 BARRERAS DE ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER EN COLOMBIA**

La etapa de diagnóstico es uno de los factores pronóstico más importante en la identificación de la enfermedad del cáncer. La OMS afirma que la detección temprana del cáncer es una estrategia eficaz de gestión de cáncer, en conjunto con la prevención, el tratamiento y los cuidados paliativos (36). El pronóstico de la enfermedad está determinado, entre otros factores, por el tiempo entre la aparición de la condición y el acceso oportuno a un tratamiento integral (24).

La detección precoz, afirmado por estudios es la principal estrategia contra el cáncer, es decir, la identificación de la enfermedad en un punto en el que pueda ser tratada con técnicas que tengan el menor impacto físico y la mayor probabilidad de curación; además, el diagnóstico temprano disminuye considerablemente los costos económicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales de esta enfermedad (35).

Para el logro de la calidad de la atención en salud se debe garantizar la accesibilidad y la oportunidad en la atención; la accesibilidad es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS y la oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (37).

En ese proceso están involucradas varias etapas: la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final; además de las barreras a la entrada, el acceso también puede dificultarse por problemas atribuidos a la estructura u organización característica de la fuente regular de servicios o centro de atención al que acuden los usuarios. El sistema también puede presentar barreras a la salida, de modo que se dificulta la continuidad de la atención, no se resuelve la demanda o ésta queda mal atendida (38).

En Colombia existen otras barreras que dificultan el acceso real a la salud; persiste la presencia de población sin cobertura en salud, se mantiene una inadecuada e insuficiente distribución de los servicios tanto en las zonas rurales como en las urbanas, se han denunciado innumerables hechos de corrupción asociados a la apropiación de recursos públicos por parte de las entidades promotoras de salud y cada vez son más evidentes las fallas en materia de salud pública (39). En Colombia un paciente con cáncer diariamente batalla no solo contra su enfermedad sino contra una estructura compleja que supera el sistema de salud y trasciende a los componentes político, social y económico del país (40).

Según diversos estudios en Colombia se entiende que existen tres grupos de barreras, las relacionadas con el paciente (las autobarreras o barreras culturales), las relacionadas con barreras del sistema de salud y las últimas relacionadas con el personal médico (33,35,41,42). Otros estudios reportan que existen más barreras de acceso a los servicios de salud a las que se enfrenta la población colombiana siendo estas económicas, geográficas, administrativas, normativas y de oferta (39,43,44). Los pacientes se ven inmersos en un laberinto de trámites que se convierten en barreras de acceso a los derechos y beneficios que tienen dentro del SGSSS. Esta problemática les dificulta ser diagnosticados y por ende, obtener el tratamiento que requieran, en forma oportuna. Como consecuencia, se generan serias complicaciones en el estado de salud del paciente, quien ve deteriorada su calidad de vida (40). Según los resultados de un estudio en 12 países a mujeres con cáncer de mama, la mayor parte del retraso en el diagnóstico y el tratamiento se debe a demoras propias del sistema de salud, con un promedio de 11,1 semanas, mientras que las demoras atribuidas al paciente solo fueron de 4,7 semanas en promedio (24).

Las barreras del sistema de salud reportadas fueron: a) barreras estructurales, b) barreras administrativas y c) barreras económicas (45).

- **Barreras estructurales**

Son las relacionadas con la organización del SGSSS y limitan la accesibilidad al sistema de salud, siendo estas la fragmentación en la prestación del servicio, problemas con afiliaciones y características del régimen de afiliación (45).

### **Fragmentación en la prestación del servicio**

Garcés y colaboradores en un estudio de barreras relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas en Medellín reportan que las mujeres tuvieron que realizar múltiples visitas a distintos y lejanos puntos de atención para hacer trámites de autorizaciones y para recibir atención. Muchas veces los trámites resultaron infructuosos y fueron remitidas a otro punto de atención sin haber recibido la autorización del procedimiento o la cita con el especialista, lo que ocasionó demora en la atención y falta de continuidad en el tratamiento (45). Otro estudio en hombres con cáncer de próstata realizado por Astudillo y colaboradores se expresa que una de las grandes barreras percibidas se ubica en la dificultad para acceder al sistema de salud y la limitada capacidad de respuesta que se le oferta para el tratamiento: los costos son elevados, acceder a la atención especializada es difícil porque se requieren muchos trámites con la EPS y no se puede lograr el tratamiento oportuno (33)

### **Problemas con afiliaciones y características del régimen de afiliación**

Una investigación sobre anomalías citológicas concluye que se expresaron dificultades para cambiar de aseguradora o para afiliarse al régimen subsidiado luego de estar cesantes laboralmente, lo que ocasiona periodos de desafiliación sin acceso a los servicios de salud. Al perder la continuidad en la atención, en algunas ocasiones se debe reiniciar el proceso con la tamización. Se reportan así mismo negación de la atención por parte de las aseguradoras, debido a: problemas de afiliación, falta de contratos con las instituciones que prestan los servicios y diferencias en el acceso a los procedimientos según el tipo de afiliación (45)

Ceballos y Giraldo demostraron que las mujeres con cáncer de mama presentan barreras para el acceso a la salud, tales como, carecer de seguro médico o de la cobertura de estos servicios, la falta de comunicación del proveedor de salud con las pacientes, la inexperiencia del proveedor para evaluar la urgencia de la asistencia y la presencia de ansiedad por esta causa, el desconocimiento del proveedor acerca de los recursos que existen en la comunidad y finalmente, un pobre sistema de garantía de calidad y responsabilidad en la prestación de los servicios de salud (35)

Tamayo y colaboradores en su investigación sobre el cáncer de cérvix concluyeron que una de las causas, es la falta de planeación con base en los elementos culturales de la comunidad que se interviene. En este sentido, la cultura influye en la apropiación del cuerpo y las decisiones que las mujeres toman frente al mismo, en la percepción de la enfermedad y las conductas de prevención, por estas razones la opinión de la población tiene un puesto relevante en la formulación de políticas y la ejecución de programas de salud; sin embargo, comúnmente se organizan desde el punto de vista de los técnicos y se dejan por fuera las necesidades y percepciones de la comunidad (41).

La revisión sistemática de la literatura mostró limitaciones en la estructura del sistema de salud, las cuales están relacionadas no solo con el aseguramiento sino también con las características de los servicios, lo cual influye en el acceso potencial y real y en la utilización de los mismos, tal como se muestra en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Barreras estructurales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Garcés Palacio IC (45)	Investigación (Cualitativa exploratorio, descriptivo)	Fragmentación en la prestación del servicio, demoras o negación para autorizaciones y problemas con afiliaciones y régimen de afiliación.
Astudillo MN (33)	Investigación (Cualitativo, descriptivo)	Limitada capacidad de respuesta, larga espera, costos elevados, tramitología dispendiosa.
Ceballos García GY (35)	Investigación (Cualitativo)	Carecer de seguro médico o de la cobertura, inadecuada comunicación del proveedor.
Tamayo Acevedo LS (41)	Investigación (Cualitativo)	La opinión de la población es poco relevante en la formulación de políticas

		y la ejecución de programas de salud.
--	--	---------------------------------------

- **Barreras administrativas**

Son limitantes de la oportunidad del seguimiento, relacionadas con la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria que presta los servicios de salud como problemas y demoras en la asignación de citas, largas filas, problemas con autorizaciones y maltrato (45).

### **Problemas y demoras en la asignación de las citas**

Garcés y colaboradores en su estudio sobre anomalías citológicas concluye como barreras en el proceso de asignación de citas: atención telefónica insuficiente, falta de personal para la remisión a especialistas, procedimientos supeditados a autorización de exámenes diagnósticos como biopsia, colposcopia y ecografía, asignación de citas para tratamiento y seguimiento de los procedimientos realizados; el retraso en la atención ocasiona, en muchos casos, el vencimiento de las órdenes médicas y meses de espera para recibir atención (45).

Similar conclusión documenta un estudio de barreras de acceso en Bogotá realizado por Rodríguez y colaboradores donde expresaron, demora en la asignación de citas por caídas del sistema, no registro en bases de datos, no aparece pago del servicio, no hay agenda y aparece desafiliado o inactivo (23). Piñeros y colaboradores enunciaron que una razón que podría explicar la demora diagnóstica está relacionada con la oferta de equipos de mamografía y de radiólogos entrenados, en lugares donde se han implementado estrategias organizadas de tamización los tiempos de espera han aumentado debido a la gran cantidad de estudios diagnósticos solicitados que superan la capacidad de respuesta (46).

En cuanto al tratamiento del cáncer, otro aspecto importante para la sostenibilidad financiera del sistema está relacionado con la atención de los pacientes en unidades funcionales donde se garantice la atención multidisciplinaria bajo protocolos clínicos. Cuando no existen estas condiciones, se aumenta la posibilidad de una demanda exagerada de procedimientos por parte de los prestadores de servicios de salud y la contención injustificada del gasto por parte de los aseguradores (26).

## **Largas filas y llegar muy temprano**

Garcés y colaboradores en su investigación sobre anomalías citológicas expresaron que las participantes tuvieron que madrugar y hacer filas extensas para pedir citas médicas y obtener autorizaciones. El número de turnos de consulta era limitado y en varias ocasiones no fueron atendidas ((45).

En estudio sobre las percepciones del cáncer de próstata en hombres, se expresa que en Colombia, el régimen subsidiado y el vinculado presentan grandes desventajas frente al contributivo; los largos tiempos de espera y los dispendiosos trámites para conseguir la consulta especializada alejan a los hombres del sistema de salud (33).

## **Problemas con autorizaciones**

En el estudio sobre de barreras y facilitadores del sistema de salud Garcés y colaboradores dedujeron que las aseguradoras demoran o niegan la autorización de servicios: exámenes diagnósticos, citas con especialistas y tratamientos; incluso los autorizados en la legislación colombiana. Reportaron trabas administrativas: múltiples trámites y papeleos, constantes cambios en los procesos administrativos y requerimiento de formatos especiales para solicitar el servicio, lo que les impidió agilizar el proceso y generó meses de espera sin atención médica (45).

Wiesner en su investigación sobre el cáncer de mama se reportó que debido al alto costo que tiene la tamización, se encuentran las estrategias de contención del gasto que realizan los aseguradores, mediante la falta de generación oportuna de las autorizaciones para los procedimientos específicos en detección temprana. Se ha encontrado que algunos aseguradores no autorizan la mamografía de tamización cuando la solicita un médico general y solo lo hacen cuando la solicita el especialista, retrasando la oportunidad del diagnóstico (26).

Rodríguez y colaboradores evidenciaron limitaciones desde la entrada y búsqueda de la atención por fallas en la comunicación para acceder a los servicios de salud; en la continuidad del servicio, se encuentran con barreras derivadas por las autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos, remisiones a Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) sin convenio con la Entidades Promotoras de Salud (EPS), además solicitan fotocopias, resúmenes de historia y epicrisis (23).

Por otro lado, desde la óptica de las políticas públicas de salud colombianas, es manifiesta la dificultad de los hospitales públicos para comprar medicamentos para este tipo de tratamientos y suministrarlos a los pacientes, es claro el efecto de la despreocupación por el fortalecimiento de la oferta pública de servicios oncológicos; mientras se alcanza el aseguramiento universal de la población, se debe contar con las instalaciones necesarias para atender estas enfermedades (1).

## **Maltrato**

Garcés y colaboradores en su investigación relacionada con el cáncer de cuello uterino mencionaron varias experiencias de maltrato de parte del personal administrativo de las distintas instancias del sistema a las que tuvieron que acudir las participantes del estudio. La oportunidad en la atención se vio afectada por el trato agresivo de parte del personal administrativo, cuando se le pidió explicación sobre los procesos de autorizaciones, en ocasiones las solicitudes no recibieron atención (45). Otra publicación sustenta que existe irrespeto por parte de los funcionarios en el momento de la atención (23); similar concepción concluyeron Wiesner y colaboradores en otro estudio sobre el cáncer de cuello uterino en los centros de atención para las no aseguradas, la relación médico paciente es pobre, no solo por la corta duración de las consultas, sino por el trato por parte de funcionarios, que es percibido como duro e inhumano. A los sentimientos de temor y vergüenza ante la toma de citología, se suma el hecho de que los funcionarios dan mínimas explicaciones sobre el procedimiento, hay una desarticulación en la información que se brinda sobre las rutas de atención (42).

Los registros evidenciaron barreras técnico administrativas para el acceso al sistema de salud que dilatan la atención del afiliado en los diferentes procesos de la atención, limitaciones que van desde el ingreso, salida y continuidad en el sistema, ver cuadro 2.



**Cuadro 2. Barreras administrativas para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Garcés Palacio IC (45)	Investigación, (Cualitativa exploratorio, descriptivo)	<p>Problemas y demoras en la asignación de citas, número de turnos de consulta limitado, falta de personal para la remisión a especialistas, vencimiento de órdenes, múltiples trámites y papeleos.</p> <p>Constantes cambios en los procesos administrativos y requerimiento de formatos especiales para solicitar el servicio, trato agresivo de parte del personal administrativo de las distintas instancias del sistema.</p>
Rodríguez Hernández JM (23)	Investigación (Descriptivo exploratorio)	<p>Demora en la asignación de citas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos.</p> <p>Caídas del sistema, no registro en bases de datos, no aparece pago del servicio, no hay agenda, aparece desafiliado o inactivo, irrespeto por parte de los funcionarios en el momento de la atención</p>
Piñeros M (46)	Investigación (Cualitativo Descriptivo)	Escasa oferta de equipos especializados y personal entrenado para el manejo y funcionamiento
Wiesner C (26)	Artículo de revista	Atención de los pacientes en unidades funcionales; contención injustificada del gasto por parte de los aseguradores.
Astudillo MN (33)	Investigación (Cualitativo, descriptivo)	Régimen subsidiado y vinculado presentan desventajas frente al contributivo en cuanto a tiempos de espera para acceder a consulta especializada
Velásquez de Charry L (1)	Monografía	Escasa oferta de servicios oncológicos.

Wiesner Ceballos C (42)	Investigación (Cualitativa)	Pobre relación médico paciente (corta duración de las consultas-trato duro e inhumano)
-------------------------	-----------------------------	--

- **Barreras económicas**

Son las derivadas de las dos anteriores y relacionadas con el gasto de bolsillo (45)

Transcurridos más de diez años de la reforma al sistema de salud, el principal limitante al acceso a los servicios sigue siendo el factor económico. Este determinante del acceso ha tenido ciertas mutaciones a lo largo del tiempo, y al parecer ahora limita el acceso no solamente vía la financiación de la prima del seguro sino copagos, cuotas moderadoras, costos de viajes, entre otros (38).

En una investigación sobre el cáncer de cérvix las participantes señalaron reiteradamente que tuvieron que destinar dinero para pagar pasajes, citologías, otros exámenes diagnósticos, consultas con médico general y especialistas, medicamentos, tratamientos y copagos; incluso, varias mujeres tuvieron que dejar su trabajo para destinar tiempo a tramitar autorizaciones, lo que acentuó su vulnerabilidad económica (45).

García y Quintero en su estudio sobre accesibilidad a los servicios de salud en Bogotá concluyeron que el traslado desde diferentes lugares del país implica diversos grados de problemas económicos y de acceso, los cuales no corresponden exclusivamente al pago de los servicios asistenciales, sino que a esto se le suma el transporte, los problemas de permanencia y manutención en una gran ciudad y el no tener con frecuencia acceso a un alojamiento en el que se les brinde apoyo para ubicarse y desplazarse en la ciudad, por lo que es posible que muchos pacientes desistan de recibir el tratamiento especializado que necesitan (4).

Las anteriores barreras mencionadas se ratifican en otro estudio realizado por Velásquez y colaboradores sobre equidad y acceso para el tratamiento del cáncer mama, donde concluyeron que respecto a las barreras que enfrentaron las mujeres para hacer uso de las intervenciones terapéuticas incluidas en su tratamiento, se reconoce que el principal obstáculo fue la necesidad de desplazarse a otra ciudad, seguido por las autorizaciones de las entidades pagadoras y los montos de los medicamentos. La inequidad entre las mujeres depende de su condición de afiliación a la seguridad social en salud, al margen de sus características personales (1).

Los artículos evidenciaron limitaciones financieras que dificultan el acceso y utilización de los servicios de salud, los reportes más relevantes se muestran en el cuadro 3.

**Cuadro 3. Barreras económicas para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Garcés Palacio IC (45)	Investigación, (Cualitativa exploratorio, descriptivo)	Gastos de bolsillo, pago de pasajes, exámenes diagnósticos, consultas con médico general y especialistas, medicamentos, tratamientos y copagos. Abandono del trabajo para realizar tramitología (lo que acentúa la vulnerabilidad económica).
Rodríguez S (38)	Artículo de revista	Prima del seguro, copagos, cuotas moderadoras, costos de viajes y estadía.
García Ubaque J (4)	Investigación (Cualitativa, cuantitativa, descriptivo, exploratorio)	Inconvenientes relacionados con el traslado a diferentes lugares del país como el transporte, problemas de permanencia y manutención.
Velásquez de Charry L (1)	Monografía	Necesidad de desplazarse a otra ciudad, autorizaciones de las entidades pagadoras y los montos de los medicamentos.

- **Barreras relacionadas con el personal medico**

Se encontró en un estudio de cáncer de seno que los médicos generales y los médicos no oncólogos, no cuentan con suficientes competencias para el diagnóstico diferencial de las enfermedades de la glándula mamaria, lo que lleva a una mayor proporción de casos de cáncer en estadios avanzados (26); Piñeros y colaboradores expresaron similar hallazgo, la mayor demora para el diagnóstico se da al ser necesario dos o más consultas por los síntomas iniciales, lo que podría estar relacionado con el desconocimiento del médico que tiene el primer contacto con el paciente (46). Ceballos y Giraldo expresaron que una de las

barreras son las fallas para poner en práctica las pautas de práctica clínica, diagnóstica y de tratamiento, el uso de ayudas y métodos de diagnóstico demasiado rápidos; la inadecuada coordinación y fragmentación del cuidado que estas pacientes requieren (35).

Acevedo y colaboradores en su investigación sobre el cáncer de cérvix en Antioquia concluyeron que el mismo lenguaje es un obstáculo para entender lo que quiere decir el personal de salud, no siempre se utiliza un lenguaje claro (41). Wiesner y colaboradores en una publicación sobre el cáncer de cérvix se expresaron que los profesionales de salud sobreestiman la sensibilidad de la citología y no se registran adecuadamente los datos para la obtención de información sobre la prevalencia de lesiones preneoplásicas y neoplásicas y así poder generar indicadores (47).

En un estudio realizado en el Instituto de Cancerología las Américas sobre el cáncer de próstata concluyeron como problemáticas retraso en radioterapia, uso inadecuado de hormonoterapia, demora y/o uso inadecuado de cirugía, retraso y/o falta de adherencia en quimioterapia; la supervivencia de pacientes con cáncer de próstata puede prolongarse con mejoras en la gestión institucional, más eficientes modelos de compra de fármacos, contrataciones con aseguradoras, diagnósticos oportunos y mayor cumplimiento de los tratamientos según guías internacionales (48).

Otro estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología expresa que algunos profesionales de salud no utilizan la guías de práctica clínica para el manejo del paciente con cáncer, por la restricción de la autonomía del clínico, falta de flexibilidad en el escenario clínico, consideración de que la experiencia personal es más importante que una guía de práctica clínica, falta de cultura para utilizarla, preocupación porque las guías no siempre conducen al beneficio en el cuidado clínico que se esperaba con su desarrollo e implementación, muy rígidas para aplicarlas en casos individuales y falta del componente multidisciplinario en los grupos encargados de su elaboración (49).

En cuanto al diagnóstico y tratamiento del cáncer se encontraron deficiencias en el personal médico para lograr una atención oportuna e integral de las personas que padecen esta enfermedad, ver cuadro 4.

**Cuadro 4. Barreras económicas y relacionadas con el personal médico para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Wiesner C (26)	Editorial	Escasa competencia para el diagnóstico diferencial de las enfermedades de la glándula mamaria; diagnósticos de cáncer en estadios avanzados.
Piñeros M (46)	Investigación (Cualitativo Descriptivo)	Necesidad de dos o más consultas por los síntomas iniciales
Ceballos García GY (35)	Investigación (Cualitativo)	Fallas para poner en práctica las pautas de práctica clínica, diagnóstica y de tratamiento  Uso de ayudas y métodos de diagnóstico demasiado rápidos, fragmentación del cuidado.
Tamayo Acevedo LS (41)	Investigación (Cualitativo)	Lenguaje del personal de salud.
Wiesner C (47)	Investigación Cualitativa	Los profesionales de salud sobreestiman la sensibilidad métodos de tamización No registran adecuadamente los datos para la obtención de información y generación de indicadores.
Yepes A (48)	Investigación (retrospectivo)	Demora en inicio de radioterapia, uso inadecuado de hormonoterapia, demora y/o uso inadecuado de cirugía, retraso y/o falta de adherencia en quimioterapia.
Pedraza RS (49)	Investigación Cualitativa	Falta de utilización de guías de práctica clínica para el manejo del paciente con cáncer, restricción de la autonomía del médico.

- **Barreras culturales**

Al hablar de cáncer no se pueden desconocer aspectos como la situación demográfica, la transición epidemiológica, la industrialización y la recesión económica, factores que condicionan la salud en Colombia, los cuales están íntimamente relacionados con patrones culturales que pueden aumentar el problema del cáncer en el país (50).

Las autobarreras están relacionadas con las creencias, actitudes, conductas o situaciones sociales que no permiten la acción requerida; en un concepto más amplio, las barreras pueden ser el temor, el pudor, las creencias erróneas, los problemas sexuales, las angustias relacionadas con la imagen del cuerpo, el estado cognoscitivo, el contexto, la edad de las mujeres y las situaciones familiares (35).

La percepción de la salud y la enfermedad están ligadas a aspectos que identifican la cultura como propios, entre ellos las creencias y teorías míticas que responden al concepto de enfermedad, tratamiento y curación; por lo tanto, cobran sentido las concepciones, percepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad, señalando que la salud y la enfermedad son construcciones sociales (41). Los factores que condicionan la adopción de comportamientos saludables y preventivos, pueden ser múltiples, dado que esta no sólo depende de su oferta o inducción por parte de los organismos de salud del SGSSS. Las personas pueden tomar decisiones relacionadas con prácticas preventivas según la percepción que tienen y las valoraciones hechas en forma individual o grupal sobre las consecuencias que se derivan de tales prácticas (51).

Se establecen varias formas de expresar las barreras culturales:

### **Los compromisos inaplazables**

Ceballos y Giraldo expresaron en su estudio sobre el cáncer de mama que los asuntos laborales y familiares primaron sobre aquellos relacionados con la propia salud, pues, aun sabiendo sobre la enfermedad presente, no iniciaron el tratamiento con la celeridad necesaria por considerar que debían solucionar estos asuntos laborales y familiares antes de ello (35). Similar concepción se concluye en un estudio realizado sobre el cáncer de cuello uterino en Bogotá, las barreras culturales para la toma de la citología se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa, y del trabajo) en lugar de lo importante, como el autocuidado de la salud (42). Tamayo y colaboradores en su investigación sobre el cáncer de cérvix concluyeron que los

celos de la pareja son otro de los problemas que deben enfrentar las mujeres cuando asumen el autocuidado (41).

### **La información y el imaginario colectivo frente a la enfermedad**

Una investigación sobre autobarreras en el cáncer de mama expresa que la información y la interpretación errada del proceso de la enfermedad hacen que las mujeres sientan temor a consultar e iniciar los tratamientos, retrasos que facilitan la propagación del tumor y el miedo al estigma que el diagnóstico de cáncer de mama produce en estas personas (35). Carolina Wiesner en su estudio sobre determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, referencia que las mujeres no le dan suficiente importancia al síntoma para acudir al médico de manera inmediata por falta de relevancia del síntoma, no reconocen los síntomas o su asociación con eventos agudos, traumáticos o infecciosos o tenían miedo a los médicos, a los hospitales y al cáncer (52).

Tamayo y colaboradores en su estudio sobre el cáncer de cérvix concluyeron que existe escaso conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, sus causas y prevención, debido a la falta de información y educación por parte de los prestadores de servicios de salud (41). Así mismo Salas y colaboradores en su publicación sobre el cáncer de mama manifestaron que las pacientes con mayor nivel de escolaridad tienen mayor conciencia y responsabilidad respecto a los cuidados en el tratamiento del cáncer y por lo tanto, presentan mayor adherencia al tratamiento (44).

En una investigación sobre el cáncer de próstata Astudillo y colaboradores enunciaron algunas barreras que les impide a los hombres hacerse examinar la próstata: falta de información clara y suficiente, el machismo y la falta de autoestima, falta de recursos y apoyo, las creencias religiosas, el efecto negativo de la prueba sobre la masculinidad y el temor al diagnóstico (33). Lucumi y Cabrera expresaron que las barreras para la realización del examen digital rectal son el bajo autocuidado, desarrollo asintomático de la enfermedad e incomodidad del examen (51).

### **Experiencias negativas previas**

Algunas mujeres con cáncer de mama vivenciaron junto a sus familiares el tratamiento de cáncer de mama, estas experiencias influenciaron su decisión a la

hora de iniciar sus propios tratamientos; algunas de ellas continuaron el tratamiento tradicional, pero otras optaron por uno alternativo. La decisión de no someterse a tratamientos puede estar influenciada por experiencias dolorosas previas que finalmente llevan a algunas mujeres a buscar otras alternativas (35).

Otro concepto expresado por Wiesner y colaboradores en una investigación realizada sobre el cáncer de cuello uterino, la información que reciben las mujeres de sus pares acerca de la citología como un examen doloroso o traumático es un obstáculo para su realización. Los contenidos provenientes de la información médica, no siempre llevan a la práctica de la citología por el temor generado ante el conocimiento de una experiencia desagradable relatada por un par (42). Otra concepción de experiencias negativas está relacionada con la percepción de mala calidad de los servicios de salud, temor o vergüenza al ser atendido, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito; razones por las cuales no se usan los servicios (53).

En otro estudio realizado por Garcés y colaboradores en Bogotá sobre el cáncer de cuello uterino refirieron como barreras la desconfianza y las experiencias negativas en la atención médica con situaciones en las que los síntomas fueron minimizados por el personal de salud, además la atención recibida como parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) es evaluada como negativa al ser comparada con la atención en consulta privada (54).

## **La percepción de riesgo frente a la enfermedad**

Olivares Crespo afirma que para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa graves enfermedades, así como tratamientos invasivos o incluso la muerte. El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. El cáncer como suceso estresante no produce el mismo impacto en todos los individuos, se genera una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén (55).

Como lo referencia Ceballos y colaboradores en su estudio de cáncer de mama, en general las mujeres se perciben a sí mismas como personas saludables, esta es una constante en la población, pero ello puede convertirse en una autobarrera para aquellas susceptibles de desarrollar cáncer de mama (35). Wiesner y colaboradores reportaron que la mitad de las mujeres no se realizaron los procedimientos por aspectos relacionados con sus creencias, es decir, por temor



al diagnóstico, por ausencia de síntomas, porque no creen en los resultados o en los tratamientos (56). Similar concepción describe Garcés y colaboradores en su estudio sobre tamización de cuello uterino, entre las barreras están el miedo al examen, vergüenza, el miedo al cáncer, la mala atención recibida por parte del personal de salud, el dolor y la incomodidad durante la toma de la muestra (54). La mayoría de los pacientes sometidos a terapia oncológica sienten temor por los efectos adversos de la terapia y complicaciones de la enfermedad tales como dolor, desfiguramiento, aislamiento social, discapacidad e incluso la muerte, que reconocen y evidencian como estímulos peligrosos (57).

En relación a los hombres se expresa que tienen múltiples características que explican su resistencia a buscar ayuda: consideran que su fortaleza se afirma si se mantienen en silencio, los aspectos relacionados con la salud y enfermedad son considerados de dominio femenino; ellos y la sociedad consideran que sus necesidades de salud son menores (51).

Otro estudio sobre diferentes tipos de cáncer en mujeres Lafaurie y colaboradores afirmaron que a menudo las mujeres suelen no reconocerse como posibles víctimas de enfermedad y dejan su salud en un segundo lugar, lo cual las pone en desventaja (57). Una vez que las mujeres se enfrentan al diagnóstico de cáncer de mama y deciden iniciar los tratamientos, su vida toma una dirección diferente y sus prioridades cambian: adquieren conciencia de riesgo frente a la enfermedad, lo que las lleva a desarrollar una nueva lógica en la que el autocuidado y el cuidado de otros se vuelven un asunto central y se reflexiona sobre la importancia de un diagnóstico oportuno y sobre la vulnerabilidad de las mujeres como un colectivo frente al cáncer de mama (35).

### **No percepción de riesgo**

En el contexto colombiano se han estudiado las causas y los efectos de las demoras en el curso clínico y en el pronóstico del cáncer, se ha encontrado que hay factores sociales que actúan como barreras de acceso y son responsables de los retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento (24). El retraso para un diagnóstico definitivo puede deberse a la demora para consultar por no percibir que el síntoma sea importante (46).

En un estudio sobre el cáncer de mama por Ceballos y Giraldo todas las mujeres se percibieron a sí mismas como personas saludables antes de ser diagnosticadas, no pensaron nunca en la posibilidad de tener una enfermedad que comprometiera sus vidas. Esta no percepción de riesgo continúa después del inicio de la sintomatología, pues mantienen la idea de que el cáncer es una enfermedad catastrófica que no es posible que se presente en una persona

saludable (35). Otro hallazgo similar se encuentra en un estudio sobre el cáncer de próstata por Astudillo y colaboradores en el que los hombres prefirieron servicios de salud que atendieran más objetivamente a sus demandas, tales como farmacias y atención de emergencia que garantizan la rapidez en la resolución del problema. Mientras que la mujer busca con mayor frecuencia servicios relacionados con el control y la prevención, el hombre busca el servicio de salud motivado principalmente por la enfermedad, ligado a signos y síntomas específicos. La identidad masculina está culturalmente vinculada a la desvalorización del autocuidado, a la poca preocupación con la salud y otros elementos propios del machismo; este problema genera barreras comunicacionales que afectan tanto las actividades del sector salud como el acceso a los servicios de las personas en riesgo de padecer el cáncer de próstata (33). Similar postura se expresa por Lucumí y Cabrera en un estudio sobre el cáncer de próstata realizado en Cali, donde concluyeron que la renuencia del hombre a admitir debilidad o decadencia, o sentir que se reduce su capacidad producto de una enfermedad, puede llevar a que no se busque oportunamente atención en salud (51).

Los aspectos y creencias individuales y culturales determinan un rol importante en el uso de los servicios de salud, condicionando riesgos para la salud de las personas no solo para el diagnóstico sino para el inicio y continuidad del tratamiento, ver cuadro 5.

**Cuadro 5. Barreras culturales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Vargas J (50)	Investigación (Cualitativa)	Situación demográfica, transición epidemiológica, industrialización y recesión económica
Ceballos García GY (35)	Investigación (Cualitativo)	<p>Interpretación errada del proceso de la enfermedad y miedo al estigma por el diagnóstico de cáncer.</p> <p>Autobarreras: temor, pudor, creencias, problemas sexuales, angustias relacionadas con la imagen del cuerpo, el estado cognoscitivo, el contexto, la edad y situaciones familiares.</p> <p>Predominio de asuntos laborales y</p>

		familiares sobre la propia salud y vivencia de experiencias dolorosas previas.
Tamayo Acevedo LS (41)	Investigación (Cualitativo)	La salud y la enfermedad como construcciones sociales.  Concepciones, percepciones y prácticas de la población relacionadas con la salud y la enfermedad.
Lucumí Cuesta DI (51)	Investigación Cualitativa	Bajo autocuidado, desarrollo asintomático de la enfermedad, incomodidad para la realización de exámenes.  La salud y enfermedad son consideradas de dominio femenino. Las mujeres suelen no reconocerse como víctimas de enfermedad.
Wiesner Ceballos C (42)	Investigación (Cualitativa)	Priorización del cuidado de los demás, de la casa y del trabajo. Información recibida por pares y contenidos provenientes de la información médica.
Wiesner C (52)	Investigación Cualitativa	La no percepción de riesgo frente a la enfermedad, poca relevancia a los síntomas.
Salas Zapata C (44)	Investigación (Cualitativa Transversal Descriptivo)	El nivel de escolaridad influye en los cuidados y adherencia al tratamiento.
Astudillo MNM (33)	Investigación (Cualitativo, descriptivo)	Autobarreras: falta de información clara y suficiente, machismo, falta de autoestima, falta de recursos y apoyo, creencias religiosas.  Preferencia por servicios de salud como farmacias y centros de emergencia
Restrepo Zea JH (53)	Investigación (Cualitativa)	Percepción de mala calidad de los servicios de salud, temor o vergüenza al ser atendido, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.
Garcés P (54)	Investigación (Cualitativa)	Desconfianza de los servicios de salud, experiencias negativas en la atención médica. La atención recibida por parte del POS

		comparada con la atención en consulta privada es evaluada como negativa.
Olivares Crespo ME (55)	Investigación (cualitativa)	Connotación de cáncer significa graves enfermedades, tratamientos invasivos o incluso la muerte+. El cáncer afecta el entorno familiar y social más directo de la persona que lo padece.
Wiesner C (56)	Investigación (Cualitativo descriptivo retrospectivo)	Temor al diagnóstico, ausencia de síntomas, desconfianza en los resultados o en los tratamientos.
Lafaurie MM (57)	Investigación (cualitativa)	Temor por los efectos adversos de la terapia y complicaciones de la enfermedad tales como dolor, desfiguramiento, aislamiento social, discapacidad e incluso la muerte.
Piñeros M (46)	Investigación (Cualitativo Descriptivo)	Demoras para consultar por no percibir los síntomas como importantes.

Otra categoría mencionada en un estudio de barreras de acceso a los servicios de salud realizado con personas de cinco ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín, Cali, Valledupar y Santa Marta; muestra barreras relacionadas desde la perspectiva de los determinantes sociales y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad (58).

- **Barreras relacionadas con los determinantes sociales**

La OMS plantea que la inequidad en salud implica desigualdades innecesarias, evitables e injustas. La mayoría de las desigualdades en salud entre grupos sociales son injustas porque son reflejo de una distribución injusta de los determinantes sociales, como el acceso al trabajo, educación, servicios de salud, discriminación por etnia, género, nivel socioeconómico, condición de inmigrante, entre otros. Las desigualdades sociales en cáncer implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección, tratamiento, supervivencia, calidad de vida, mortalidad, carga de cáncer y de sus determinantes asociados. En términos generales, cuando las condiciones sanitarias son peores, la mortalidad por cáncer aumenta y la supervivencia y calidad de vida de los pacientes disminuye (59).

Para la población colombiana existen barreras relacionadas con aspectos geográficos y factores externos que no competen a las EPS, como el modelo económico, falta de normatividad, débil control de precios a medicamentos, poca oferta de especialistas, ausencia de sistemas de información unificados, entre otras (23). Como expresa Amartya Sen <sup>10</sup> que es particularmente grave como injusticia es que algunos pueden no tener la oportunidad de alcanzar una buena salud debido a acuerdos sociales, y no a una decisión personal de no preocuparse por su salud+ (59). Graham y otros autores formulan que las desigualdades sociales conducen a diferencias injustas en la salud de los individuos. Esta cascada inicia con las desigualdades estructurales de la sociedad que desembocan en formas diferenciales de enfermarse, lesionarse y morir; estas, a su vez, influyen de nuevo en cada uno de los niveles de la estructura que las causó (59).

Se resalta la existencia de un contexto socioeconómico y político, plasmado en políticas económicas, laborales, educativas, de salud y de tierras; barreras originadas en determinantes estructurales en los que se describen tres subcategorías: posición socioeconómica discriminación social y desconocimiento, que depende, entre otros aspectos, del nivel educativo, de la profesión, de la ocupación y del nivel socioeconómico, pero también del acceso a redes de apoyo. El desconocimiento relacionado con los derechos y el desconocimiento del sistema de salud y su funcionamiento y barreras intermedias en las que aparecen tres subcategorías principales: geográficas, laborales y propias del sistema de salud (58).

### **Barreras en determinantes estructurales**

**La posición socioeconómica:** las clases sociales bajas tienen mayor incidencia y mortalidad que las más altas. Estas diferencias por clase social se explican por exposiciones diferenciales a factores de riesgo, como la educación y las condiciones de trabajo, el nivel educativo, el comportamiento sexual y reproductivo, los agentes biológicos y en general, comportamientos, hábitos y consumos relacionados con la clase social (dieta, tabaco, alcohol, sedentarismo) (59).

En las personas que ocupan los niveles más bajos de la pirámide social se evidencia falta de capacidad de pago, ya que, a pesar de estar aseguradas, muchos pacientes buscando lograr la atención, deben realizar pagos adicionales al sistema y asumir costos indirectos, a pesar de no contar con los recursos para hacerlo. En consecuencia, esta falta de capacidad de pago retrasa la atención (58).

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad estrechamente relacionada con la pobreza en la que se evidencia la existencia del comportamiento de inequidades sociales en salud. Esta relación es explicada en la forma como afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres, generando marcadas diferencias geográficas de la mortalidad y mayores riesgos por cáncer de cuello uterino para las mujeres de los departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos (40). García y colaboradores en su estudio sobre inequidad en el acceso a los servicios de salud refleja que existen desigualdades en favor de las personas de mayor estatus socioeconómico, en Colombia, en los tres niveles de atención y en las actividades de prevención. La prevalencia de utilización de los servicios aumenta a medida que incrementa el nivel de ingresos (43). Salas y Grisales manifestaron que las personas de mayor nivel socioeconómico poseen más comodidades y privilegios inherentes a su poder adquisitivo, los cuales le permiten tener un mejor acompañamiento y seguimiento, tanto de personal de la salud como de personal que le brinde apoyo psicológico y social, beneficios mucho más difíciles de obtener para las personas de menor nivel socioeconómico (44).

**La discriminación social de las aseguradoras:** Esta categoría plantea cómo se recibe una atención diferenciada producto de una serie de circunstancias que determinan el acceso, dentro de las cuales se menciona las relaciones sociales, la procedencia (rural o urbana), el estrato socioeconómico, la apariencia, la ocupación y el nivel adquisitivo (58). García y colaboradores en un estudio sobre la inequidad para el acceso a servicios de salud expresaron que en Colombia, los valores de prevalencia para la utilización de servicios es consistentemente más alta en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado, con la excepción de la atención de emergencia; un mejor estatus socioeconómico favorece la utilización de los servicios de salud (43).

Similar hallazgo expresaron Salas y Grisales en un estudio sobre el cáncer de mama, las pacientes del régimen contributivo de afiliación tienen más ventajas en salud frente a las del régimen subsidiado, hallazgo consistente con ciertas barreras en el funcionamiento actual del sistema de salud colombiano, en particular relacionadas con el diagnóstico oportuno, lo que lleva a las pacientes a iniciar el tratamiento de forma tardía con implicaciones en su calidad de vida (44). Así mismo se expresa en otro estudio sobre el cáncer de mama, comparando la población afiliada al régimen contributivo, la afiliada al régimen subsidiado tiene menor probabilidad de acceder oportunamente a la mamografía de detección temprana; en la población afiliada al régimen subsidiado y la población pobre sin seguro de salud existen mayores porcentajes de mujeres residentes en el área rural, en unión libre, analfabetas, afro Colombianas e indígenas lo cual indica un mayor grado de vulnerabilidad social (28). Otro hallazgo semejante enunciaron Piñeros y colaboradores en una investigación sobre el cáncer de mama,

concluyeron que el diagnóstico y el tratamiento son más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo (universitaria y posgrado), afiliadas al régimen especial de salud o régimen contributivo y en el estrato socioeconómico más alto (46).

**El desconocimiento de los derechos:** dentro de esta barrera se destaca el reconocimiento de la salud como un derecho y en el conocimiento de sus derechos como usuarios del sistema de salud. El desconocimiento se convierte en una barrera que limita las posibilidades de un reclamo oportuno y eficaz en lo relacionado con copagos por los servicios, los tiempos excesivos para la asignación de citas y el suministro de medicamentos y materiales (58). Las instituciones de salud no brindan información suficiente sobre los trámites para acceder al tratamiento y las personas desconocen la legislación sobre la cobertura que tiene este tipo de enfermedades catastróficas y no cuentan con el apoyo de la familia (33). Hernández y colaboradores sustentaron falta de acompañamiento de las entidades responsables de la normatividad del SGSSS, fallas de comunicación, poca instrucción a los usuarios sobre deberes y forma correcta de usar los servicios de salud (23).

Tamayo y colaboradores expresaron que el escaso conocimiento de las mujeres en materia de cáncer de cuello uterino, sus causas y prevención, se debe en parte a la falta de información y educación que hacen los prestadores de servicios de salud, sólo se interesan en brindar el tratamiento necesario para las enfermedades, mas no en realizar actividades educativas; componente central de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (41).

### **Barreras intermedias**

**Las barreras geográficas:** se mezclan las restricciones económicas, las grandes distancias recorridas, las dificultades de transporte y las condiciones de salud del paciente con diagnóstico oncológico. Existen barreras relacionadas con los desplazamientos desde las zonas rurales, en el contexto centro-periferia, mostrando una atención diferenciada en la capital, donde se concentra la mayor parte del recurso humano y tecnológico, en comparación con las ciudades intermedias donde la red de prestadores es considerada insuficiente (58). La red de prestadores de servicios oncológicos en Antioquia, específicamente en lo relacionado con el tratamiento, se encuentra centralizada en Medellín, por lo que muchos pacientes deben desplazarse desde otros municipios para acceder a estos servicios (44). Lo anterior esta también sustentado en el estudio realizado por el Instituto de Cancerología en Bogotá donde se rectifica que el tratamiento del cáncer por ser de muy alta complejidad y costo, no se justifica llevar servicios de

atención específica a cada municipio del país; por tanto, se deben traer los pacientes que padecen cáncer a centros de referencia, que cuenten con la infraestructura y la experticia necesarias para ofrecer la mejor alternativa de tratamiento (4).

**Las barreras laborales:** relacionadas con el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables y la posibilidad de acceder a una pensión, entre otros. El abandono de sus ocupaciones, producto de la enfermedad, trae varias consecuencias; el paso a la informalidad es una de las más importantes (58). Hernández y colaboradores en su investigación sobre barreras de acceso a los servicios de salud dijeron que en el ámbito laboral existen otros efectos negativos como son los permisos reiterados (23).

### **Barreras propias del sistema**

Originadas en el asegurador, el prestador y/o en el plan de beneficios. Las barreras impuestas por el asegurador están relacionadas con la contratación insuficiente de proveedores y prestadores (Contrato con IPS, laboratorios de diagnóstico, proveedores de medicamentos), y con los trámites para acceder a la atención. La cancelación de contratos con las empresas prestadoras y no suplir estas instituciones, es una de las dificultades más importantes (58).

Por otra parte, García y colaboradores en su estudio sobre accesibilidad a servicios de salud refirieron que en relación a la equidad del sistema de salud colombiano se ha llegado a la conclusión de que el actual modelo evidencia la idea de la salud como un servicio de consumo individual, el cual puede universalizarse por la vía del mercado y por tanto se llega a ocultar los problemas de equidad acumulados y ligados a la capacidad de pago de las personas (4).

Este hallazgo concuerda con el estudio de Velásquez, Carrasquilla y Roca donde expresan que las principales dificultades en Colombia son la accesibilidad a la prestación de servicios en salud, las ineficiencias de su organización y operación a causa del déficit de los recursos de salud y la escasa oferta en puntos no urbanos (1).

En otra investigación sobre el cáncer de cuello por Wiesner y colaboradores relataron que algunos factores relacionados con barreras de acceso son la falta de adecuación de los servicios de salud a la forma como se distribuye el riesgo en la población de mujeres, la necesidad de realizar largas filas o trámites dispendiosos para acceder al servicio. Estos problemas se extienden también al proceso de entrega de resultados, la falta de oportunidad y la percepción de un cierto caos



administrativo (42). Similar conclusión se expresa en otro estudio sobre tamización de cuello uterino, entre las barreras relacionadas con el sistema de salud se encontraron: la falta de seguro de salud, largas filas, trámites para obtener los servicios, larga espera por los resultados y el hecho de que los proveedores de salud no dan explicaciones de los procedimientos (54).

Rincón y colaboradores en su estudio sobre factores asociados a la tamización de cáncer de cérvix refirieron que las barreras del comportamiento del sistema, están relacionadas con la no centralización de la lectura de citologías, se registra de manera sistemática la toma, pero no la lectura de citologías, laboratorios no habilitados que prestan servicios y la no estandarización de la colposcopia ni el tratamiento (47).

Los determinantes sociales tienen repercusiones para el acceso a los servicios de salud, a partir de estos se crean desigualdades que condicionan la utilización de los servicios de salud, las formas de enfermar y enfrentar los procesos de salud-enfermedad, ver cuadro 6.

**Cuadro 6. Barreras relacionadas con los determinantes sociales para el acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata en Colombia**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Guillermo SV (58)	Investigación (Cualitativa descriptivo interpretativo)	Políticas económicas, laborales, educativas, de salud y de tierras, nivel educativo, profesión, ocupación, nivel socioeconómico y acceso a redes de apoyo.  Desconocimiento de los derechos, del sistema de salud y su funcionamiento.  Red de prestadores insuficiente, contratación insuficiente de proveedores y prestadores.
Arias SA (59)	Artículo de revista (Revisión conceptual)	Desigualdades sociales en cáncer: prevención, incidencia, prevalencia, detección, tratamiento, supervivencia, calidad de vida, mortalidad y carga de cáncer.

		<p>Formas de enfermar, lesionarse y morir.</p> <p>Exposición a diferentes factores de riesgo: condiciones de trabajo, nivel educativo, comportamiento sexual y reproductivo, agentes biológicos, hábitos y consumos relacionados con la clase social.</p>
Rodríguez (23)	Investigación (Descriptivo exploratorio)	Modelo económico, normatividad, débil control de precios a medicamentos, oferta de especialistas, ausencia de sistemas de información unificados, falta de acompañamiento de las entidades responsables de la normatividad del SGSSS.
Díaz Toro YR (40)	Monografía	Ubicación geográfica y diferencias por estatus socioeconómico.
Salas Zapata C (44)	Investigación (Cualitativa Transversal Descriptivo)	A mayor nivel socioeconómico mejor acompañamiento y seguimiento. Las pacientes del régimen contributivo de afiliación tienen más ventajas en salud frente a las del régimen subsidiado.
De Charry L (28)	Investigación (Cualitativa)	La población afiliada al régimen subsidiado tiene menor probabilidad de acceder oportunamente a programas de detección temprana.
Piñeros M (46)	Investigación (Cualitativo Descriptivo)	El diagnóstico y el tratamiento son más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo (universitaria y posgrado), afiliadas al régimen especial de salud o régimen contributivo y en el estrato socioeconómico más alto.

### 7.3 MECANISMOS PARA ENFRENTAR LAS BARRERAS

Diversos estudios analizan las estrategias más recurrentes que utilizan los actores para solventar las barreras de accesos siendo estos (24)(53): 1) urgencias, 2) tutela, 3) acudir a funcionarios puente+, con buena disposición y contactos, 4) acompañamiento de líderes locales con conocimiento, 5) estrategias de IPS para aumentar oferta y extender horarios y 6) atención privada (53).

## 1. Urgencias

Restrepo y colaboradores en su investigación sobre barreras y estrategias de acceso a servicios de salud manifestaron que en algunos casos los actores, prefieren acceder al servicio por urgencias, incluso en situaciones no urgentes, ya que pueden acceder el mismo día u obtener una cita prioritaria, se trata de una estrategia para resolver las barreras en servicios ambulatorios o en los trámites para acceder a medicamentos o a procedimientos. Contrariamente a lo que sucede en urgencias, en donde la situación puede definirse en términos de una sobredemanda (53).

Vargas y Molina refirieron que las IPS reciben el impacto de los problemas de acceso al ver congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y la tramitología para acceder a consulta externa. Adicionalmente se presenta insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias (50).

## 2. Tutela

La reforma al sistema de salud trajo consigo barreras de acceso, baja calidad de los servicios de salud, segmentación representada en población aún no afiliada, desmantelamiento de la red pública de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria, profundización de barreras económicas y retroceso en indicadores de salud pública; aspectos que han llevado a exigir el derecho de salud a través de la vía jurídica con la defensoría del pueblo y la acción de tutela (60).

Ante la negación de los servicios de la atención médica especializada, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas y fórmulas médicas, las personas afectadas se ven en la necesidad de interponer recursos legales con acciones de tutela y derechos de petición para acceder a los servicios de salud que se les han negado (24). Así mismo Díaz y colaboradores relataron en su estudio sobre cáncer y tutela, que algunos pacientes son víctimas de un laberinto tramitológico donde les niegan los procedimientos, citas o les imponen una serie de barreras de acceso que implican una migración a procesos legales como la tutela para reclamar el derecho a la salud (40).

Los servicios negados coinciden con lo reportado por la Defensoría del Pueblo en 2014 en torno a las causas que motivaron las tutelas interpuestas en salud en 2013: las peticiones más frecuentes fueron para los tratamientos (26,18 %), seguidas por la solicitud de medicamentos (15,92 %), las citas médicas (11,47 %), las cirugías (9,41 %), las prótesis, las ortesis y los insumos médicos (9,06 %), las

imágenes diagnósticas (5,97 %), los exámenes paraclínicos (4,80 %) y los procedimientos (1,46 %) (61) .

El indicador de número de tutelas por cada 10.000 habitantes se ubicó en 104,54 acciones en 2014, frente a 96,45 de 2013, lo que indica que el ritmo de crecimiento del número de tutelas interpuestas en el país continúa superior al crecimiento poblacional, incremento que no se veía desde 2008, fecha en la que intervino la Corte Constitucional con la Sentencia T-760 (61).

El aparato judicial, a través de sus diferentes jurisdicciones e instancias y por vía de sentencias judiciales de tutela, ha compensado o cubierto muchos de los eventos relacionados con el tratamiento del cáncer dentro del SGSSSC (6). La tutela se ha convertido en un mecanismo para garantizar el acceso a los servicios de salud, de este modo romper las barreras que les imponen los diferentes actores del sistema de salud (40).

Con lo anterior se ha evidenciado un número creciente de acciones de tutela interpuestas por los ciudadanos en procura de la protección de derecho a la salud; sin embargo, se aplica indistintamente, no en los casos excepcionales para los cuales fue concebida. Se ha convertido en un trámite cotidiano para acceder a servicios tanto POS como no POS (62).

### **3. Acudir a funcionarios Í puentel , con buena disposición y contactos**

Cabe resaltar la importancia de las redes sociales y comunitarias con las que cuenta el usuario, estas le permiten acceder a distintas estrategias para solventar las barreras al acceso (53).

En un estudio realizado en Colombia por Vargas y colaboradores sobre limitaciones y consecuencias de acceso a servicios de salud destacaron los funcionarios %puente+ como representantes de las asociaciones de usuarios que orientan a las personas de zonas rurales y urbanas marginadas sobre los trámites para acceder a los servicios, acompañan a los miembros de las comunidades que representan, hasta encontrar los medios de desplazamiento y la asignación de citas (50).

Garcés y colaboradores en su investigación sobre el cáncer de cuello uterino concluyeron que deben incluirse estrategias basadas en el soporte social y en los grupos de apoyo, ya que el hecho de que las personas se perciban a sí mismas como parte de un grupo que comparten la misma experiencia es reportado como facilitador (54).

#### **4. Acompañamiento de líderes locales con conocimiento**

Lafaurie y colaboradores en su estudio de mujeres en tratamiento de cáncer acogidas por un albergue mencionaron el apoyo de la familia, pareja y amistades, así como instituciones y redes de apoyo como clave eficaz para el afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad (57).

Vargas y Molina mencionan promotores de salud y organizaciones comunitarias como aliados inmediatos en lo que refiere ayuda con gastos económicos para traslado de pacientes y asesoramiento sobre recursos y medios para acceder a los servicios de salud (50).

#### **5. Estrategias de instituciones prestadoras de salud (IPS) para aumentar oferta y extender horarios**

En su estudio sobre acceso a servicios de salud Vargas y Molina refirieron que algunas IPS diseñan estrategias facilitadoras del acceso, como incrementar el número de médicos y ofrecer horarios extendidos. En otros casos el hospital atiende al usuario sin afiliación, aunque no tenga la certeza de que este servicio va a ser pagado y lo deba cubrir con recursos del hospital (50). Además, Pedraza y colaboradores en su investigación sobre evaluación de guías de práctica clínica expresaron que las ventajas de la utilización de guías de práctica clínica, porque dan confianza en la toma de decisiones, tienen credibilidad al ser realizadas por expertos, son útiles, prácticas y ágiles, y ofrecen ventajas desde el punto de vista legal, administrativo y ético (49).

#### **6. Atención privada**

Hernández y colaboradores en su estudio sobre barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, expresaron que, ante las dificultades, varios los pacientes recurren a métodos paliativos, farmacias o médico cercano. Si cuentan con recursos económicos, pagan médico particular, y/o acuden a instancias legales como Acción de Tutela (AT) (23). Similar hallazgo se expresa en otro estudio de cáncer de cuello uterino por Garcés y colaboradores donde describieron que la desconfianza y las experiencias negativas en relación con el personal de salud, especialmente con los médicos jóvenes o practicantes y en la atención recibida en el POS, contrastan con la confianza reportada frente a la atención recibida por médicos mayores y en la consulta privada (54).

Ante la presencia de las diferentes barreras que enfrentan los pacientes con diagnósticos de cáncer para acceder a los servicios de salud, se han adoptado una serie de medidas que permitan enfrentar y sobrellevar los efectos de estas limitaciones los cuales se enmarcan en el cuadro 7.

**Cuadro 7. Mecanismos para enfrentar las barreras**

Estudio	Tipo de estudio	Resultado
Restrepo Zea JH (53)	Investigación (Cualitativa)	Acceder al servicio por urgencias, estrategia para resolver las barreras en servicios ambulatorios o en los trámites para acceder a medicamentos o a procedimientos.  Redes sociales y comunitarias.
Vargas J (50)	Investigación (cualitativa)	Servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y la tramitología para acceder a consulta externa.  Insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias.
Echeverry López ME (60)	Artículo de revista	Baja calidad de los servicios de salud, segmentación representada en población aún no afiliada, desmantelamiento de la red pública de servicios, debilitamiento de la autoridad sanitaria.
Sánchez G (24)	Investigación (Observacional, retrospectiva)	Interponer recursos legales con acciones de tutela y derechos de petición para acceder a los servicios de salud que se han negado.
Díaz Toro YR (40)	Monografía	Víctimas de un laberinto tramitológico que implican una migración a procesos legales como la tutela para reclamar el derecho a la salud.
Vélez Arango AL (62)	Investigación (Descriptivo, cuantitativo, cualitativo)	Tutela se ha convertido en un trámite cotidiano para acceder a servicios tanto POS como no POS
Lafaurie MM	Investigación	Apoyo de la familia, pareja, amigos,

(57)	(Cualitativa)	instituciones y redes de apoyo.
Pedraza RS (49)	Investigación Cualitativa	IPS diseñan estrategias facilitadoras del acceso, como incrementar el número de médicos y ofrecer horarios extendidos.
Rodríguez Hernández JM (23)	Investigación (Descriptivo exploratorio)	Métodos alternativos, farmacia o médico cercano. Si se cuentan con recursos económicos, acceden a médico particular.

## 8. CONCLUSIONES

Las publicaciones que describen las barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia son limitados; los trabajos encontrados están relacionados con los tipos de cáncer en los que se realiza tamización siendo estos cáncer de mama, cuello uterino y próstata, sus resultados coinciden en barreras relacionadas con la normatividad, el sistema de salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), barreras geográficas, económicas y culturales de los usuarios; se evidenció carencia de estudios relacionados con los tipos de cáncer que causan mayor morbilidad y mortalidad en Colombia siendo estos estómago, pulmón, próstata y mama, con las autobarreras de los usuarios, los determinantes sociales que también influyen como barrera para el acceso real a los servicios de salud y los diferentes mecanismos para enfrentar la barreras.

Las reformas al sector salud colombiano trajeron consigo un proceso de cambios en la prestación de los servicios de salud, se aumentó la cobertura en cuanto aseguramiento de la población y se amplió la oferta de servicios, impactando favorablemente las inequidades de acceso por afiliación al sistema y la oferta de servicios en los municipios y en las capitales de departamentos, pero esto no se tradujo en un acceso real y efectivo a los servicios de salud de sus habitantes, se creó un sistema de salud desarticulado en su estructura financiera y administrativa lo que ha favorecido que aún persistan inequidades en el acceso y oportunidad para la utilización de los servicios, presentándose barreras que no solo deterioran la percepción de la calidad de la atención sino también conllevan al empeoramiento de la condición clínica del paciente lo cual trae consecuencias para el paciente, su familia, el sistema de salud y el estado. Esta problemática lleva a que los actores emprendan acciones para obtener una adecuada atención en salud, situación que se refleja en el incremento de las acciones de tutela como instrumento para ejercer sus derechos a la salud, la vida, la integridad personal y la seguridad social.

La prevalencia del cáncer en Colombia sigue en aumento y en consecuencia al envejecimiento de la población, los factores ambientales y los estilos de vida, esta enfermedad tiende al incremento en los próximos años, situación que generan gran impacto a nivel psicológico, familiar, social y económico por su incidencia, mortalidad, incapacidad que genera y tratamiento de alto costo; lo cual demanda que el sistema de salud genere acciones encaminadas al mejoramiento de la accesibilidad de la atención en salud, teniendo en cuenta las necesidades, los determinantes sociales y la cultura de la población. Deben ser intervenciones articuladas y oportunas que integren la detección temprana, diagnóstico y tratamiento que permitan estimular la adopción de factores protectores, disminuir



la discapacidad y la mortalidad, mejorar la calidad de vida de la población afectada y mejorar el desempeño costo-efectivo del sistema de salud.

En el proceso de atención para el paciente con diagnósticos oncológicos en Colombia, se presentan barreras para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, las pacientes se ven inmersos en laberinto de procesos que retrasan cada una de las etapas, lo cual no solo tiene impacto en el pronóstico de vida del paciente sino también en su calidad de vida, disminución de la productividad laboral y social e incremento de los costos del sistema. Se acentúan barreras para el acceso a los servicios de salud relacionadas con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria, disponibilidad de recurso humano y tecnología médica, fragmentación en la prestación del servicio, remisiones a especialistas, la obtención de la cita, problemas con las autorizaciones, el gasto de bolsillo, el personal médico, la posición socioeconómica, la discriminación social de las aseguradoras, el desconocimiento de los derechos, la ubicación geográfica, el entorno laboral; además se resaltan autobarreras relacionadas con las percepciones propias de los pacientes con diagnósticos oncológicos, la información que se tiene, la connotación del riesgo frente a la enfermedad y las experiencias negativas previas.

Los fines y los medios no son separables. No se pueden tener altos ideales y ruines métodos, porque estos se terminarán tragando a los fines+.

Mahatma Gandhi

## 9. REFERENCIAS

1. Velasquez de Charry L, Roca Garavito S, Carrasquilla G. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública México. enero de 2009;51:246-53.
2. Unger Saldaña K, Infante Castañeda C. El retraso en la atención médica del cáncer de mama: una revisión de la literatura. Salud Pública México. 2009;51:270. 285.
3. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. 2012.
4. García Ubaque J, Quintero Matallana C. Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev Salud Pública Bogotá. 2008;10(4):583. 92.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos [Internet]. [citado 20 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>
6. Mejía Mejía A, Sánchez Gandur AF, Tamayo Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. marzo de 2007;9(1):26-38.
7. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso | Banco de la República [Internet]. 2014 [citado 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-204>
8. Equipo de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria del Hospital Chapinero. Barreras de acceso a servicios de salud [Internet]. 2015 [citado 5 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/barreras-de-acceso/ano-2013-4/291-barreras-de-acceso-mayo-barrios-unidos/file>
9. Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML, Mogollón Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(5):701. 712.
10. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet]. [citado 3 de julio de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/929567->

Barreras-en-el-acceso-a-la-atencion-en-salud-en-modelos-de-competencia-gestionada-un-estudio-de-caso-en-colombia.html

11. DMedicina.com. Cáncer y tumores [Internet]. [citado 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores-2843.html>
12. OMS | Cáncer [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
13. National Cancer Institute. El cáncer [Internet]. [citado 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer>
14. Altus en Línea. Panorama del cáncer en Colombia [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/vida-y-sociedad/articulo-panorama-general-del-cancer-en-colombia/>
15. International Agency for Research on Cancer. Fact Sheets by Cancer, Globocan 2012. [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2015]. Disponible en: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
16. Ministerio de Salud. MinSalud establece reporte para registrar información de pacientes con cáncer [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-establece-reporte-para-registrar-informaci%C3%B3n-de-pacientes-con-c%C3%A1ncer.aspx>
17. El Heraldo. En Colombia el cáncer representa un problema de salud pública creciente [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.elheraldo.co/salud/en-colombia-el-cancer-representa-un-problema-de-salud-publica-creciente-141823>
18. PLOS Medicine: The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>
19. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2009 [citado 16 de julio de 2016]; Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44194>

20. República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.constitucioncolombia.com/indice.php>
21. Congreso de la República de Colombia. Consulta de la Norma: ley 100 de 1993 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
22. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El Seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. 1 ed. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006. [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/1212965-El-seguro-subsidiado-y-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-teoria-contexto-colombiano-y-experiencia-en-antioquia.html>
23. Rodríguez Hernández JM, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Ciênc Saúde Coletiva. junio de 2015;20(6):1947-58.
24. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Biomédica. diciembre de 2015;35(4):505-12.
25. República de Colombia. Sentencia T 760 de 2008 Acción de tutela en salud. 2015 [citado 17 de julio de 2016]; Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/13859>
26. Wiesner C. La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. junio de 2016;Vol. 20.Núm. 2.:49-51.
27. Ospina ML, Huertas JA, Montaña JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2015;33(2) [Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a>
28. De Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 12 de junio de 2016];10(4). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07>
29. Huertas J, Rivilas-García JC, Ospina M. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix descende en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2) [Internet]. [citado 7 de agosto de 2016]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp>

30. Congreso de la República. Ley 1388 de 2010 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1388\\_2010.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html)
31. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4496 de 2012 [Internet]. [citado 6 de agosto de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204496%20de%202012.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204496%20de%202012.pdf)
32. Congreso de la República. Resolución 247 de 2014 [Internet]. 2016 [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20247%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20247%20de%202014.pdf)
33. Astudillo MNM, Pinzón LAS, Ospina JJ, Grisales A, García JDR. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal, 2010. Rev Hacia Promoc Salud. 2011;16(2):147. 161.
34. Gamboa O, Murillo R. Estimación de la carga económica de las lesiones preneoplásicas y el cáncer de cuello uterino en Colombia. Implicaciones para la vacunación contra el VPH. Rev Colomb Cancerol. abril de 2016;20(2):61-72.
35. Ceballos García GY, Giraldo Mora CV. Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Aquichan. 2011;11(2):140. 157.
36. Jung HM, Lee JS, Lairson DR, Kim Y. The Effect of National Cancer Screening on Disparity Reduction in Cancer Stage at Diagnosis by Income Level. Plos One. 18 de agosto de 2015;10(8):0136036-0136036.
37. Congreso de la República. Decreto 1011 de 2016 [Internet]. [citado 17 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
38. Rodríguez S, Roldán Vásquez PM. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la region Caribe. Econ Caribe. 2008;(2):106-29.
39. Tovar Cuevas LM, Arrivillaga Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 7 de julio de 2016];13(27). Disponible en:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102232150&site=eds-live>

40. Díaz Toro YR, Gutiérrez Ortiz R, Quimbayo Montealegre E, Jiménez Barbosa WG. Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. Univ Salud. 2014;16(2):234. 245.
41. Tamayo Acevedo LS, Chávez Méndez MG, Henao Franco LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud Pública Desde Cienc. 2009;27(2):177. 186.
42. Wiesner Ceballos C, Vejarano Velandia M, Caicedo Mera JC, Tovar Murillo SL, Cendales Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública. 2006;8(3):185. 196.
43. Garcia Subirats I, Vargas I, Mogollón Pérez AS, de Paepe P, da Silva MR, Unger JP, et al. Desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria en los diferentes sistemas de salud: un estudio en los municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil. Int J Equity Health [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 7 de julio de 2016];13(1). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94508392&site=eds-live>
44. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica 2010;28(1):9. 18 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9667>
45. Garcés Palacio IC, Rubio León DC, Ramos Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 5 de julio de 2016];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11967>
46. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Pública México. 2011;53(6):478. 485.
47. Wiesner C, Rincón L, Gamboa Ó, Piñeros M, González M, Ortiz N, et al. Barreras para la implementación de la prueba ADN-VPH como técnica de

tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia. Rev Colomb Cancerol 2013; 17(3):93-102.

48. Yepes A, Gómez R, Jiménez JP, Lopera C, Picó J, García HI. Impacto en la supervivencia de la gestión y atención de pacientes con cáncer de próstata. Instituto de Cancerología la Américas de Medellín (Colombia). 2013. 2015 [citado 30 de julio de 2016]; Disponible en: <http://www.idclasamericas.co/Documentos/Investigacion/PresentacionEventos/Posters/2015/ISPOR.pdf>
49. Pedraza RS, Ortiz N, Vargas D, Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá-Colombia. Rev Fac Med. 2004;52(4):250.
50. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. mayo de 2009;27(2):121-30.
51. Lucumí Cuesta DI, Cabrera Arana GA. Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1491. 1498.
52. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol. 2007;11(1):13. 22.
53. Restrepo Zea JH, Silva Maya C, Andrade Rivas F, VH Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 15 de julio de 2016];13(27). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970>
54. Garcés P, Isabel C, Rubio L, Diana C, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012;30(1):7. 16.
55. Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Av En Psicol Latinoam. 2004;22(1):29. 48.
56. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeiros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(1):1. 13.

57. Lafaurie MM, Castiblanco Barbosa DR, Diana Rocío DR, Diana Rocío DM, Moreno LB, Ramírez L del P, et al. Mujeres en tratamiento de cáncer, acogidas por un Albergue de Apoyo: circunstancias y perspectivas de cuidado de Enfermería. Rev Colomb Enferm. 2009;4(4):79. 97.
58. Guillermo SV, Celmira LV, Carolina EG, Laura EG. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 2 de julio de 2016];32(3). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2014000300005&lng=en&tlng=en)
59. Arias SA. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. Fac Nac Salud Pública. 2009;27(3):341. 348.
60. Echeverry López ME, Borrero Ramírez YE. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad Saúde Pública. febrero de 2015;31(2):354-64.
61. Defensoría del Pueblo. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Bogotá, D.C.2014 [Internet]. [citado 8 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>
62. Vélez Arango AL, Realpe Delgado C, Gonzaga Valencia J, Castro Castro AP. Acción de Tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. Rev Salud Pública. 2007;9(2):297. 307.



## 10. ANEXOS

### Anexo 1. Lista de documentos utilizados en la revisión sistemática

N	Título del estudio	Tipo de estudio	Método	Incluido
1	Jung HM, Lee JS, Lairson DR, Kim Y. The Effect of National Cancer Screening on Disparity Reduction in Cancer Stage at Diagnosis by Income Level. Plos One. 18 de agosto de 2015;10(8):0136036-0136036.	Investigación	Cualitativa	Si
2	Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. Biomédica. diciembre de 2015;35(4):505-12.	Investigación estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva	Cualitativa	Si
3	Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(3): 305-313. Guillermo SV, Celmira LV, Carolina EG, Laura EG. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 1 de diciembre de 2014 [citado 2 de julio de 2016];32(3). Disponible en:	Investigación	Cualitativa descriptiva interpretativa	Si

	<a href="http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-386X2014000300005&amp;lng=en&amp;tlng=en">http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0120-386X2014000300005&amp;lng=en&amp;tlng=en</a>			
4	Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML, Mogollón Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2010; 12(5):701. 712.	Revisión sistemática		Si
5	García Ubaque J, Quintero Matallana C. Barreras geográficas y económicas para el acceso a los servicios oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev Salud Pública Bogotá. 2008;10(4):583. 92.	Investigación (descriptivo de carácter exploratorio)	Cualitativa, cuantitativa	Si
6	Ospina ML, Huertas JA, Montañó JI, Rivillas JC. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2015;33(2) [Internet]. Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a">http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a</a>	Artículo de revista		Si
7	Velasquez de Charry L, Roca Garavito S, Carrasquilla G. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. Salud Pública México. Enero de 2009;51:246-53.	Investigación	Cualitativa	Si
8	Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Internet]. [citado 3 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://docplayer.es/929567-Barreras-en-el-acceso-a-la-">http://docplayer.es/929567-Barreras-en-el-acceso-a-la-</a>	Tesis doctoral	Cualitativo exploratorio descriptivo	Si

	atencion-en-salud-en-modelos-de-competencia-gestionada-un-estudio-de-caso-en-colombia.html			
9	Garcés Palacio IC, Rubio León DC, Ramos Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 5 de julio de 2016];13(27). Disponible en: <a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11967">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11967</a>	Investigación	Cualitativo exploratorio descriptivo	Si
10	Huertas J, Rivilas-García JC, Ospina M. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública 2015; 33(2) [Internet]. [citado 7 de agosto de 2116]; Disponible en: <a href="http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp">http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp</a>	Artículo de revista		Si
11	Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Ciênc Saúde Coletiva. junio de 2015;20(6):1947-58.	Investigación	Descriptivo exploratorio	Si
12	Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeiros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública.	Investigación	Cualitativo descriptivo retrospectivo	Si

	2010;12(1):1. 13.			
13	Restrepo Zea JH, Silva Maya C, Andrade Rivas F, VH Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 19 de diciembre de 2014 [citado 15 de julio de 2016];13(27). Disponible en: <a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11970</a> .	Investigación	Cualitativa	Si
14	Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. mayo de 2009;27(2):121-30.	Investigación	Cualitativa	Si
15	Mejía Mejía A, Sánchez Gandur AF, Tamayo Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. Marzo de 2007;9(1):26-38.	Monografía		Si
16	Unger Saldaña K, Infante Castañeda C. El retraso en la atención médica del cáncer de mama: una revisión de la literatura. Salud Pública México. 2009;51:270. 285.	Monografía		Si
17	Lafaurie MM, Castiblanco Barbosa DR, Diana Rocío DR, Diana Rocío DM, Moreno LB, Ramírez L del P, et al. Mujeres en tratamiento de cáncer, acogidas por un Albergue de Apoyo: circunstancias y perspectivas de cuidado de Enfermería. Rev Colomb	Investigación	Cualitativa	Si

	Enferm. 2009;4(4):79. 97.			
18	Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Av En Psicol Latinoam. 2004;22(1):29. 48.	Investigación	Cualitativa	Si
19	Vélez Arango AL, Realpe Delgado C, Gonzaga Valencia J, Castro Castro AP. Acción de Tutela, acceso y protección del derecho a la salud en Manizales, Colombia. Rev Salud Pública. 2007;9(2):297. 307.	Investigación	Estudio descriptivo, cuantitativo-cualitativo.	Si
20	Estimación de los determinantes del Rodríguez S, Roldán Vásquez PM. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. Econ Caribe. 2008;(2):106-29.	Artículo de revista		Si
21	Atehortúa SC, Palacio-Mejía LS. Impacto del seguro de salud subsidiado en el acceso a la citología cervical en Medellín, Colombia. Revista de Salud Pública. 2014;16(4):522. 533.	investigación	Cualitativo descriptivo retrospectivo	No
22	Parra Gómez CE, García S, Insuasty Enriquez J, others. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2011;40(1):65. 84.	Investigación	Cualitativo interpretativo	No
23	Robles SC, Ferreccio C, Tsu V, Winkler J, Almonte M, Bingham A, Lewis M, Sasieni P. Assessing participation of women in a cervical cancer screening program in Peru. Rev Panam Salud Publica. 2009;	Investigación	Cualitativo descriptivo	No (Perú)

	25(3):189. 95.			
24	Sánchez-Vanegas G, Abadía-Barrero CE, De la Hoz F, Nova J, López E. Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. Revista de Salud Pública. septiembre de 2013;15(5):671-83.	Investigación	Cualitativo descriptivo	No
25	Marín GM, Jaramillo JV, Echeverri IFM, Gómez JJA, Vanegas DS, Higueta YH, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2010;9(18):103. 117.	Investigación	cualitativa	Si
26	Wiesner C. La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. junio de 2016;Vol. 20.Núm. 2.:49-51.	Artículo de revista		Si
27	Ceballos García GY, Giraldo Mora CV. Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Aquichan. 2011;11(2):140. 157.	Investigación	Cualitativo	Si
28	Tamayo Acevedo LS, Chávez Méndez MG, Henao Franco LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Fac Nac Salud Pública El Escen Para Salud	Investigación	Cualitativo	Si

	Pública Desde Cienc. 2009;27(2):177. 186.			
29	Astudillo MNM, Pinzón LAS, Ospina JJ, Grisales A, García JDR. Percepciones sobre el cáncer de próstata en población masculina mayor de 45 años, Santa Rosa de Cabal, 2010. Rev Hacia Promoc Salud. 2011;16(2):147. 161.	Investigación	Cualitativo descriptivo	Si
30	Tovar Cuevas LM, Arrivillaga Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet]. 1 de julio de 2014 [citado 7 de julio de 2016];13(27). Disponible en: <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=102232150&amp;site=eds-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=102232150&amp;site=eds-live</a>	Revisión sistemática		Si
31	Echeverry López ME, Borrero Ramírez YE. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad Saúde Pública. febrero de 2015;31(2):354-64.	Artículo de revista		Si
32	Yepes A, Gómez R, Jiménez JP, Lopera C, Picó J, García HI. Impacto en la supervivencia de la gestión y atención de pacientes con cáncer de próstata. Instituto de Cancerología la Américas de Medellín (Colombia). 2013. 2015 [citado 30 de julio de 2016]; Disponible en: <a href="http://www.idclasamericas.co/Documentos/Investigacion/PresentacionEventos/Posters/2015/">http://www.idclasamericas.co/Documentos/Investigacion/PresentacionEventos/Posters/2015/</a>	Investigación	Estudio retrospectivo	Si

	SPOR.pdf			
33	Wiesner C, Rincón L, Gamboa Ó, Piñeros M, González M, Ortiz N, et al. Barreras para la implementación de la prueba ADN-VPH como técnica de tamización primaria para cáncer de cuello uterino en un área demostrativa en Colombia. Rev Colomb Cancerol 2013; 17(3):93-102.	Investigación	Cualitativa	Si
34	Equipo de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria del Hospital Chapinero. Barreras de acceso a servicios de salud [Internet]. 2015 [citado 5 de octubre de 2015]. Disponible en: <a href="http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/barreras-de-acceso/ano-2013-4/291-barreras-de-acceso-mayo-barrios-unidos/file">http://www.esechapinero.gov.co/web/pic/index.php/biblioteca-documental/barreras-de-acceso/ano-2013-4/291-barreras-de-acceso-mayo-barrios-unidos/file</a>	Investigación	Cualitativa Cuantitativa	Si
35	Gamboa O, Murillo R. Estimación de la carga económica de las lesiones preneoplásicas y el cáncer de cuello uterino en Colombia. Implicaciones para la vacunación contra el VPH. Rev Colomb Cancerol. abril de 2016;20(2):61-72.	Artículo de revista		Si
36	Wiesner Ceballos C, Vejarano Velandia M, Caicedo Mera JC, Tovar Murillo SL, Cendales Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. Rev Salud Pública. 2006;8(3):185-196.	Investigación	Cualitativa	Si



37	Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. Rev Panam Salud Publica 2010;28(1):9. 18 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]; Disponible en: <a href="http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9667">http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9667</a>	Investigación	Cualitativa Transversal Descriptivo	Si
38	Garcia Subirats I, Vargas I, Mogollón Pérez AS, de Paepe P, da Silva MR, Unger JP, et al. Desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria en los diferentes sistemas de salud: un estudio en los municipios del centro de Colombia y el noreste de Brasil. Int J Equity Health [Internet]. 1 de febrero de 2014 [citado 7 de julio de 2016];13(1). Disponible en: <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=94508392&amp;site=eds-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=94508392&amp;site=eds-live</a>	Investigación	Cualitativa	Si
39	Díaz Toro YR, Gutiérrez Ortiz R, Quimbayo Montealegre E, Jiménez Barbosa WG. Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. Univ Salud. 2014;16(2):234. 245.	Monografía		Si
40	Garcés P, Isabel C, Rubio L, Diana C, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública. 2012;30(1):7. 16.	Investigación	Cualitativa	Si
41	Pedraza RS, Ortiz N, Vargas D,	Investigación	Cualitativa	Si

	Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá-Colombia. Rev Fac Med. 2004;52(4):250.			
42	Gómez FR, Jaramillo TZ, Beltrán LG. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. Pan Am J Public Health [Internet]. 1 de febrero de 2013 [citado 7 de julio de 2016];33(2). Disponible en: <a href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=85964280&amp;site=eds-live">http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&amp;db=a9h&amp;AN=85964280&amp;site=eds-live</a>	Revisión sistemática		No
43	Lucumí Cuesta DI, Cabrera Arana GA. Creencias de hombres de Cali, Colombia, sobre el examen digital rectal: hallazgos de un estudio exploratorio. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1491-1498.	Investigación	Cualitativa	Si
44	Angus J, Paszat L, McKeever P, Trebilcock A, Shivji F, Edwards B. Trayectorias de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: explorando las relaciones sociales de la demora en el diagnóstico. Texto Contexto-Enferm. 2007;16(4):591-598	Investigación	Cualitativa	No (Canadá)
45	Gonçalves LLC, Travassos GL, Almeida AM de, Guimarães AMDN, Gois CFL. Barreras en la atención en salud en casos de cáncer de mama: percepción de las mujeres. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 [citado 28 de octubre de	Investigación	Estudio descriptivo-exploratorio	No (Brasil)

	2016]; Disponible en: <a href="http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0080-62342014000300394&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tlng=pt">http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0080-62342014000300394&amp;lng=pt&amp;nrm=iso&amp;tlng=pt</a>			
46	Lourenço TS, Mauad EC, da Costa Vieira RA. Barreras en la detección del cáncer de mama y el papel de la enfermería: una revisión integradora. Rev Bras Enferm. 2013;66(4):585.	Revisión sistemática		No (Brasil)
47	Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. Salud Pública México. 2009;51:s254. s262.	Investigación	Estudio exploratorio transversal	No (México)
48	Pereira E, Salvador MC, Harter R. Barreras en relación a los exámenes de rastreo de cáncer de próstata. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(1):73. 80.	Investigation	Cualitativa	No (Brasil)
49	Perinetti A. Análisis espacial de factores socioeconómicos, de servicios de salud y de mortalidad por cáncer de mama, Argentina, 2009-2011. [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública; 2015.	Investigación	Cualitativa	No (Argentina)
50	Poblano-Verástegui O, Figueroa-Perea JG, López-Carrillo L. Condicionantes institucionales que influyen en la utilización del examen clínico de mama. Salud Pública México. 2004;46(4):294. 305.	Investigación	Cualitativa	No (México)
51	De Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la	Investigación	Cualitativa	Si

	detección del cáncer de seno en Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 12 de junio de 2016];10(4). Disponible en: <a href="http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07">http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n4/v10n4a07</a>			
52	Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. [Internet]. 2014 [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.cancer.gov.co/Gu%C3%ADas-y-Protocolos/Gu%C3%ADas-de-Practica-clinica/LPC-Guia-profesionales.pdf">http://www.cancer.gov.co/Gu%C3%ADas-y-Protocolos/Gu%C3%ADas-de-Practica-clinica/LPC-Guia-profesionales.pdf</a>	Guía		No
53	Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso   Banco de la República [Internet]. 2014 [citado 17 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href="http://www.banrep.gov.co/es/dt-ser-204">http://www.banrep.gov.co/es/dt-ser-204</a>	Documento	Descriptivo	Si
54	Martínez SP, Segura ÁR, Arias SA, Mateus GL. Caracterización de los tiempos de atención y de mujeres con cáncer de mama que asistieron a un hospital de tercer nivel, 2005-2009. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 2012;30(2):183.	Investigación	Estudio descriptivo retrospectivo	No
55	Arias SA. Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. Fac Nac Salud Pública. 2009;27(3):341. 348.	Artículo de revista	revisión conceptual	Si
56	Wiesner C. Determinantes	Investigación	Cualitativa	Si

	psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol. 2007;11(1):13. 22.			
57	Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Pública México. 2011;53(6):478. 485.	Investigación	Cualitativo descriptivo	Si
58	Sharma K, Costas A, Shulman LN, Meara JG. A Systematic Review of Barriers to Breast Cancer Care in Developing Countries Resulting in Delayed Patient Presentation. Journal of Oncology. 22 de agosto de 2012;2012:e121873.	Revision sistemática	Cualitativo descriptivo	No (EEUU)
59	Ambroggi M, Biasini C, Giovane CD, Fornari F, Cavanna L. Distance as a Barrier to Cancer Diagnosis and Treatment: Review of the Literature. The Oncologist. 12 de enero de 2015;20(12):1378-85.	Revision sistemática		No (EEUU)
60	Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El Seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. 1 ed. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006. [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://docplayer.es/1212965-El-seguro-subsidiado-y-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-teoria-">http://docplayer.es/1212965-El-seguro-subsidiado-y-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-teoria-</a>	Investigación	Descriptiva	si

	contexto-colombiano-y-experiencia-en-antioquia.html			
<b>LEYES</b>				
1	Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. 2012.	Ley		Si
2	República de Colombia. Sentencia T 760 de 2008 Acción de tutela en salud. 2015 [citado 17 de julio de 2016]; Disponible en: <a href="http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/13859">http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/13859</a>	Ley		Si
3	República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.constitucioncolombiana.com/indice.php">http://www.constitucioncolombiana.com/indice.php</a>	Ley		Si
4	Congreso de la República de Colombia. Consulta de la Norma: ley 100 de 1993 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248">http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248</a>	Ley		Si
5	Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos [Internet]. [citado 20 de octubre de 2015]. Disponible en: <a href="http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368">http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368</a>	Ley		Si
6	Congreso de la República. Ley	Ley		Si

	1388 de 2010 [Internet]. [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html">http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1388_2010.html</a> 31. 32.			
7	Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4496 de 2012 [Internet]. [citado 6 de agosto de 2016]. Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204496%20de%20012.pdf">https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204496%20de%20012.pdf</a>	Ley		Si
8	Congreso de la República. Resolución 247 de 2014 [Internet]. 2016 [citado 15 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%20014.pdf">https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200247%20de%20014.pdf</a>	Ley		Si
9	Congreso de la República. Decreto 1011 de 2016 [Internet]. [citado 17 de julio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975">http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975</a>	Ley		Si
<b>PÁGINAS WEB</b>				
1	DMedicina.com. Cáncer y tumores [Internet]. [citado 26 de junio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores-2843.html">http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores-2843.html</a>			Si
2	OMS   Cáncer [Internet]. [citado 17 de noviembre de 2015]. Disponible en:			Si

	<a href="http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/">http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/</a>			
3	International Agency for Research on Cancer. Fact Sheets by Cancer, Globocan 2012. [Internet]. [citado 13 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href="http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx">http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx</a>			Si
4	Ministerio de Salud. MinSalud establece reporte para registrar información de pacientes con cáncer [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href="https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-establece-reporte-para-registrar-informaci%C3%B3n-de-pacientes-con-c%C3%A1ncer.aspx">https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-establece-reporte-para-registrar-informaci%C3%B3n-de-pacientes-con-c%C3%A1ncer.aspx</a>			Si
5	El Heraldo. En Colombia el cáncer representa un problema de salud pública creciente [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href="http://www.elheraldo.co/salud/en-colombia-el-cancer-representa-un-problema-de-salud-publica-creciente-141823">http://www.elheraldo.co/salud/en-colombia-el-cancer-representa-un-problema-de-salud-publica-creciente-141823</a>			Si
6	Altus en Línea. Panorama del cáncer en Colombia [Internet]. [citado 16 de noviembre de 2015]. Disponible en: <a href="http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/vida-y-sociedad/articulo-panorama-general-del-cancer-en-colombia/">http://www.usergioarboleda.edu.co/altus/vida-y-sociedad/articulo-panorama-general-del-cancer-en-colombia/</a>			Si
7	National Cancer Institute. El			Si



	cáncer [Internet]. [citado 26 de junio de 2016]. Disponible en: <a href="http://www.cancer.gov/espanol/cancer">http://www.cancer.gov/espanol/cancer</a>			
8	PLOS Medicine: The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2016]. Disponible en: <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100</a>			Si
9	Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 2009 [citado 16 de julio de 2016]; Disponible en: <a href="http://apps.who.int/iris/handle/10665/44194">http://apps.who.int/iris/handle/10665/44194</a>			Si