



Colegio de Estudios
Superiores de Administración

**BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE
CÁNCER DE MAMA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C**

Samuel Torrente

Colegio de Estudios Superiores de Administración – CESA

Administración de Empresas; Pregrado

Bogotá D.C.

2020

**BARRERAS EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE
CÁNCER DE MAMA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

Samuel Torrente

Director:

Andres Barreto Rozo

Colegio de Estudios Superiores de Administración – CESA

Administración de Empresas; Pregrado

Bogotá D.C.

2020

Contenido

Resumen.....	7
Introducción	8
1. Marco teórico.....	12
1.1 Conceptos de barreras de acceso en salud.....	12
1.2 Conceptos de cáncer de mama	16
2. Metodología	18
2.1 Relación de las variables barreras de acceso en salud y cáncer de mama	18
2.2 Fases de la investigación.....	19
2.2.1 Fase cuantitativa.....	19
2.2.2 Fase cualitativa.....	20
2.3 Diseño de la metodología.....	21
3. Resultados obtenidos	23
3.1 Efecto de la enfermedad y barreras de acceso en el paciente.....	24
3.1.1 Efecto de la enfermedad en el paciente	25
3.1.2 Efecto de las barreras de acceso en la etapa diagnóstico.....	26
3.1.3 Efecto de las barreras de acceso en la etapa tratamiento	27
3.2 Barrera de acceso mas común en los servicios de salud	29
3.2.1 Barrera más común en etapa de diagnóstico	29
3.2.2 Barrera más común en etapa de tratamiento.....	33
3.3 Periodo de tiempo con mayor incidencia en pacientes con barreras de acceso	36
3.3.1 Tiempo más común en el acceso a servicios diagnósticos	36
3.3.2 Tiempo más común en la etapa de tratamiento	39
Conclusiones.....	42
Recomendaciones	44
Referencias.....	46

Lista de tablas

Tabla 1. Respuestas de incidencia por barrera.....	29
Tabla 2. Selecciones por tipo de barreras en etapa de diagnóstico.....	30
Tabla 3. Menciones: barreras de acceso más comunes en etapa diagnóstico.....	32
Tabla 4. Selecciones por tipo de barreras en etapa de tratamiento.....	33
Tabla 5. Menciones: barreras de acceso más comunes en etapa de tratamiento.....	35
Tabla 6. Menciones: barreras generadoras de mayores retrasos en etapa diagnóstico.....	38
Tabla 7. Menciones: barreras generadoras de mayores retrasos en etapa de tratamiento.....	41

Lista de gráficos

Gráfico 1. Incidencia de barreras estructurales en etapa de diagnóstico	31
Gráfico 2. Incidencia de barreras estructurales en etapa de tratamiento.....	34
Gráfico 3. Tiempos de acceso en diagnóstico por tipos de barrera	37
Gráfico 4. Tiempos de acceso en tratamiento por tipos de barrera.....	40

Lista de anexos

Anexo 1. Encuesta online	50
Anexo 2. Perfil de los entrevistados	58
Anexo 3. Guía de entrevista.....	60

Resumen

El cáncer de mama es la enfermedad oncológica más común en mujeres a nivel Colombia y su desenlace clínico depende de los tiempos en que la enfermedad sea tratada, es por esto que requiere de un sistema salud capaz de realizar diagnósticos de manera temprana y ofrecer alternativas de tratamiento efectivas para los pacientes. Con el fin de determinar cuál es el mayor generador de retrasos en el acceso, el objetivo definido para este trabajo es determinar cuál es la barrera de acceso más común y que representa mayores retrasos en el acceso a servicios de salud en la atención del cáncer de mama.

Para realizar la investigación, se aplicó metodología cuantitativa de corte transversal con una muestra de 96 pacientes, y cualitativa de teoría fundamentada constructivista por medio de 8 entrevistas a profundidad con expertos. Con el estudio se encontró cuál es el tipo de barrera más común y la barrera responsable de mayores retrasos en el acceso a la atención de servicios de salud. Asimismo, el estudio identificó las principales barreras que enfrentan los pacientes al solicitar los servicios de salud.

Palabras clave:

Barreras de acceso en salud, cáncer de mama, etapa de diagnóstico, etapa de tratamiento.

Introducción

Según el Global Cancer Observatory, durante el 2018 se diagnosticaron 2.088.849 casos de cáncer de mama en todo el mundo, siendo este el segundo más común de todos los cánceres y el quinto de mayor mortalidad con 626.679 (30%) fallecimientos (Global Cancer Observatory, 2018). El escenario de la enfermedad en las Américas es aún peor, dado que es el tipo de cáncer más común y la segunda causa de muerte por cáncer entre las mujeres del continente. En las Américas cada año son diagnosticadas más de 462.000 mujeres y aproximadamente 100.000 (21%) mujeres mueren por dicha enfermedad. Son cifras alarmantes si se tiene en cuenta que para el 2030 el número de mujeres diagnosticadas aumentará aproximadamente en un 34%, lo cual significa que dentro de 10 años habrán 572.00 diagnósticos y 130.000 fallecimientos aproximadamente (Pan American Health Organization, 2019).

Si se mira Colombia en materia del cáncer de mama, entre el 2 de enero del 2017 y el 1° de enero del 2018 se tuvieron 59.837 casos en total con de la enfermedad según la Cuenta del Alto Costo (Cuenta de alto Costo, 2018). Esta enfermedad, según el Instituto Nacional de Salud “es el principal cáncer del país con 13.376 casos nuevos en 2018 y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres con una tasa de 17,2 muertes por cada 100 000 habitantes.

A partir de lo anterior, se puede identificar que la enfermedad tiene alta incidencia en el mundo, especialmente en las Américas y en Colombia. Es realmente importante entender que el nivel de ingresos de los países tiene que ver mucho en relación con la incidencia y mortalidad, ya que, según la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), los países de ingresos bajos y medianos tienen menores tasas de incidencia, pero sus cocientes de mortalidad respecto a la incidencia son significativamente mayores que en los países de ingresos altos. Esto se atribuye en parte, a los

diagnósticos en etapas tardías, pues en los entornos de escasos recursos el 80% de las mujeres acuden con cáncer avanzado y en estados tardíos. Eso significa que los pacientes requieren de atención para la enfermedad metastásica y cuidados paliativos en lugar de utilizar tratamientos curativos (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015). En comparativa, según la UICC “en los países de ingresos altos, más del 80% de las pacientes con cáncer de mama solicitan atención en la etapa inicial de la enfermedad y son potencialmente curables” (pág. 4).

La Organización Mundial de la Salud, menciona que las personas que tienen detección temprana del cáncer pueden seguir trabajando y dando apoyo a sus familias si reciben un tratamiento eficaz y a tiempo. Además, el costo del tratamiento en las primeras fases reduce en gran medida en cuanto a su impacto financiero para los sistemas de salud de los países, ya que los costos del tratamiento en etapas tempranas son significativamente inferiores (Organización Mundial de la Salud, 2017). A pesar de los beneficios para el paciente y los sistemas de salud de tener diagnósticos en etapas tempranas, según Sanchez, Gaviria y Estupiñán (2016) en Colombia “las mujeres con cáncer de mama enfrentan un sistema burocrático que obliga a recorrer un itinerario de tramites clínicos, administrativos y legales, en busca de la atención definitiva” (pág. 2). Esto quiere decir, que aparte de que la mayoría de los pacientes se diagnostican en estados tardíos, tienen que enfrentarse a un sistema poco ágil en la atención de la enfermedad.

A pesar de lo que se necesita y lo que se tiene en términos de salud en Colombia, de acuerdo con las crisis que vive el sistema de salud, muchas mujeres no logran obtener un diagnóstico oportuno y están expuestas a presentar barreras acceso a los servicios de salud (Sanchez et. al., 2016).

Tener barreras en el acceso de los servicios de salud en cáncer de mama afecta los resultados del paciente, así lo menciona el documento de la UICC en el que se afirma que “las barreras para la

utilización de los servicios de atención de la mama influyen negativamente sobre los resultados del cáncer mamario” (2015, pág. 4). Dichas barreras afectan a los pacientes en la detección y tratamiento de la enfermedad, así lo mencionan Piñeros, Sánchez, Perry, García, Ocampo, Cendales (2011) y Charry, Carrasquilla, Roca (2008) en Sanchez, Gaviria y Estupiñán (2015):

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 de mama en las mujeres, y 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 (pág. 2)

En resumen, se tiene que el cáncer de mama tiene alta incidencia en diagnósticos y mortalidad a nivel global y local. Adicionalmente, que los países de recursos bajos y medios tienen una tasa de incidencia inferior, pero mayor mortalidad frente a los países de ingresos altos (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015). Esto significa que los países de ingresos altos son más eficientes en el diagnóstico temprano de la enfermedad, lo cual hace que la atención sea más oportuna y tenga mejores resultados para el paciente. Pues en los casos de los países de menores ingresos se mencionó que más del 80% de los casos llegan en etapas tardías donde solo se pueden limitar a realizar tratamientos paliativos en vez de curativos (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015).

Llegados a este punto, cabe resaltar que el problema no termina en los diagnósticos tardíos, ya que los pacientes están expuestos a presentar barreras de acceso durante la atención de su enfermedad. Barreras que pueden afectar negativamente el desenlace clínico de los pacientes. Por esta razón, es importante reconocer qué tipo de barreras afectan a la población, de esta forma, si se identifica

cuál es el tipo de barrera que afecta en mayor medida la población, se puede elegir una intervención idónea para mitigar la incidencia y mortalidad que tienen los pacientes en Colombia.

Para lograr un cambio positivo en el acceso a los servicios de salud en el cáncer de mama, según la UICC (2015):

Mejorar el acceso y la utilización de los programas de atención de la mama puede repercutir en la incidencia y la supervivencia del cáncer de mama. Un primer paso esencial para mejorar el acceso consiste en identificar las barreras estructurales, socioculturales, personales y financieras existentes (pág. 3)

Dado que hay poca información, con relación al tipo de barreras que incide en la población diagnosticada con cáncer de mama en el país, es importante preguntarse ¿cuál es el tipo de barrera que tiene mayor incidencia y cuál es el tipo de barrera que implica mayores tiempos en el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Bogotá?

Objetivo general

Determinar cuál es el tipo de barrera más incidente y que representa mayor retraso en los tiempos de acceso a tratamientos y diagnósticos de cáncer de mama en los servicios de salud en Bogotá.

Objetivos específicos

- Identificar cómo se ven afectados los pacientes por la enfermedad y las barreras de acceso.
- Determinar cuál es la barrera más común en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.
- Identificar rangos de tiempos de acceso en los servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento en pacientes con barreras de acceso.

1. Marco teórico

A partir de la revisión literaria, se pretende entender las variables y conocer lo que diversos autores han escrito sobre las barreras de acceso en salud y cáncer de mama. Algunos estudios han demostrado las relaciones y la influencia que tienen las variables entre sí, en los que se presentan resultados en términos de factores socioeconómicos, pero no dirigidos a la identificación de barreras de acceso específicamente. Por lo tanto, se busca entender a partir de la teoría cómo coaccionan las variables de estudio para realizar los objetivos de la investigación.

1.1 Conceptos de barreras de acceso en salud

De acuerdo con Hewitt, Herdman, Holland (2004 en Castro y Tuesca, 2017):

El concepto Barreras de Acceso se refiere a las condiciones psicológicas y sociales que disuaden o prorrogan el acceso a los servicios de salud en las mujeres con cáncer de mama. Estas pueden ser, por ejemplo; la limitación en la afiliación de un sistema de seguridad social, tales como: no poseer o estar desafiada a un seguro médico; el miedo al señalamiento, la falta de comunicación entre el personal de la salud y las pacientes; la demora en el diagnóstico y el tratamiento; y la presencia de incertidumbre por esta causa. Estas barreras influyen de forma negativa sobre el pronóstico final del paciente (pág. 38)

Por otro lado, en el documento titulado *Planificación: cómo mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama* desarrollado por la Unión Internacional Contra el Cáncer (2015) definen las barreras de acceso en cuatro tipos diferentes: barreras estructurales, financieras, socioculturales o personales.

Las barreras estructurales son todas aquellas relacionadas con la ubicación geográfica de los servicios, las necesidades de transporte, los servicios de diagnóstico o de tratamiento limitados, la escasez de medicamentos esenciales y el personal insuficiente o mal capacitado. También incluyen servicios ineficientes o mal coordinados, que requieren múltiples consultas para iniciar un diagnóstico definitivo; redes de derivación deficientes; y navegación de pacientes inadecuada. Cuando se refiere a barreras financieras para obtener acceso a los servicios de salud, se destacan aspectos como el gasto de copagos, compra de medicamentos, transporte, alojamiento, cuidado infantil e ingresos perdidos (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015). Dentro de las barreras socioculturales, se encuentran obstáculos relacionados con “los mitos y los prejuicios o ideas erróneas acerca de las causas y el tratamiento del cáncer, el estigma, el idioma, la discriminación, la clase social, el género y las creencias religiosas” (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015, pág. 4).

Por último, las barreras personales son aquellas relacionadas, según la UICC (2015), con “la desconfianza hacia el sistema de salud, el temor a un diagnóstico de cáncer, la ignorancia sobre temas de salud y las obligaciones familiares y laborales” (pág. 4). Desde la perspectiva de otros autores este tipo de barreras se asocia con el rol de la mujer en la sociedad, puesto que, en muchas culturas, según Poblano, Figueroa y Lopez (2004 en Castro & Moro, 2017) “la mujer es la que cuida de los demás y, por lo tanto, se olvida de su propio cuidado” (pág. 6). Esta barrera incluye: la no percepción del riesgo, el temor, el pudor y priorizar la familia y el trabajo por encima de la salud personal. Incluyendo el poco conocimiento o creencias erróneas de la etiología del cáncer de mama, que un elevado porcentaje de mujeres lo asocia con golpes o heridas en el pecho. Por otro lado, el temor a padecer cáncer porque es visto culturalmente como una enfermedad estigmatizante que demuestra debilidad o una visión negativa hacia la persona (Castro & Moro, 2017).

Estas definiciones son de mucha utilidad para la investigación, puesto que a partir de ellas podemos conocer algunos de los problemas puntuales que pertenecen a cada tipo de barrera. Esto permite tener un acercamiento al público objetivo con términos con los que están familiarizados, pues son barreras que surgen en la cotidianidad de los pacientes que sobrellevan una enfermedad oncológica como el cáncer de mama. Además, han sido evaluadas por la UICC, con el fin de formular políticas que promuevan el mejoramiento del acceso a los servicios de cáncer de mama que ocasionan las diversas barreras.

Una vez tenidas en cuentas las diferentes definiciones de barreras, se debe aclarar que para el presente estudio se tendrán en cuenta los conceptos establecidos por la UICC. Puesto que, es una organización que representa las principales asociaciones de cáncer, ministerios de salud, grupos de pacientes, políticos influyentes, investigadores y expertos en la prevención y control del cáncer (Unión Internacional Contra el Cáncer, s.f)

Sobre el tema de barreras de acceso, se han hecho investigaciones y mediciones relacionadas con tema central de este estudio, como, por ejemplo; la investigación titulada *Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá* promovido por la fundación SIMMON y la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. En dicha investigación, se demuestra cómo la incidencia de tratamientos oportunos es mayor para segmentos de la población con ciertas características específicas, como, por ejemplo; personas con mayor nivel de estudios o estrato socioeconómico (Sánchez et. al., 2015).

En la metodología de investigación del estudio anteriormente mencionado, se utilizó un método observacional analítico con 136 mujeres padecientes de cáncer de mama, en el cual el punto de corte para el tratamiento oportuno se estableció en 90 días calculados a partir de la aparición de

los síntomas y hasta el inicio del tratamiento. En la investigación se exploraron los factores predictores de oportunidad mediante un análisis multivariado (Sánchez et. al., 2015).

Por otra parte, un estudio realizado por el Centro de Investigación y Docencia de la Universidad de Cartagena y Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja el cual se titula *Determinantes y Barreras Socioeconómicas del Acceso a los Servicios de Salud en las Regiones de Colombia* investiga las barreras de acceso en diferentes regiones de Colombia. Este estudio evidencia que en las regiones que por tradición han sido prósperas y desarrolladas, la población enfrenta menos problemas para acceder a los distintos servicios de salud ofrecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Zakzuk, Herrera y Gómez, 2015).

En el estudio *Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia* se utilizó un método observacional analítico, la información fue recolectada en un seguimiento retrospectivo a través de encuestas y triangulación de documentos para establecer el curso de atención. Como resultado principal, se obtuvo que en Colombia el acceso oportuno al tratamiento en cáncer de mama está determinado socialmente y el nivel educativo desempeña un papel fundamental (Sánchez, Niño y Estupiñán, 2016).

Si bien los estudios que permiten llegar a conclusiones con mayor grado de confianza son los cuantitativos, estos en algunos casos pueden estar fundamentados por los hallazgos encontrados previamente en estudios cualitativos. Por lo tanto, este último, se debe tener en cuenta como complemento para la investigación puesto que contienen hallazgos de mayor profundidad que los estudios cuantitativos no pueden entregar.

Para efectos de la presente investigación, la variable de barreras de acceso en salud es la más importante. Dado que, a través de esta variable se reconocerá cuál es la barrera que tiene mayor incidencia en la población de estudio. De esta forma se puede colaborar en determinar desde qué tipo de barrera, estructural, financiera, sociocultural o personal se puede hacer una intervención idónea para mejorar el acceso a los servicios de salud relacionados con cáncer de mama (Unión Internacional Contra el Cáncer, 2015).

1.2 Conceptos de cáncer de mama

Los conceptos de cáncer de mama tenidos en cuenta en el marco teórico buscan indagar sobre el concepto de la patología en su nivel básico, para tener soporte teórico que permita entender sobre la enfermedad sin entrar en detalles y tecnicismos científicos. Lo anterior, puesto que el estudio es abordado desde una perspectiva de la administración de empresas, en el que se buscan hallazgos sobre barreras en la prestación y obtención de servicios de salud en una enfermedad planteada.

Para entender el progreso conceptual a través del tiempo sobre la variable de estudio, se debe tener en cuenta que el cáncer de mama es una enfermedad que ha estado presente en la historia de la humanidad desde tiempos remotos. Los primeros acercamientos que se tienen al término fueron entre los años 2.500 y 3.000 a.C en el Papiro de Edwin Smith dedicado a la cirugía, donde se describían 8 casos de tumores mamarios. Siglos después, Hipócrates (460-370 a. C.) dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas por su semejanza al cangrejo, señalando en sus escritos posteriores la evolución mortal. Posteriormente, en el segundo siglo de la era cristiana, Galeno (131-203 d. C) reafirmó la etiología humoral del cáncer postulada por Hipócrates, en la que consideró al cáncer de mama como una enfermedad sistémica causada por un aumento de la bilis negra (atrabilis) (Beltrán, s.f.).

En la actualidad, gracias a los avances tecnológicos en la medicina podemos tener definiciones de mayor precisión sobre la patología, como la que utiliza Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) por sus siglas en inglés, donde se define como “una enfermedad en la cual las células de la mama se multiplican sin control” (Párr. 1). Por otro lado, El Ministerio de Salud colombiano utiliza la definición del cáncer de mama como “la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos” (Párr. 1). Para el estudio, se tomará como referencia el concepto utilizado por el Ministerio de Salud, puesto que es “una entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de conocer, dirigir, evaluar y orientar el sistema de seguridad social en salud” (Ministerio de Salud, s.f). Además de ser el ente referente en el sector salud del país, la definición planteada es sencilla y completa para los requerimientos de un estudio enfocado en problemas de acceso a los servicios de salud en cáncer de mama.

Dicha enfermedad según el Instituto Nacional de Cancerología (ESE): Se presenta con más frecuencia en la mujer que en el hombre (1 de cada 1000 casos) y en mujeres en edades entre 35 y 70 años. Aunque en los últimos años se ha presentado un notable crecimiento de la tasa de morbilidad en mujeres más jóvenes (Castro. et al., 2017).

El cáncer de mama es una patología que a nivel mundial tiene mucha importancia, por el alto número de personas que fallecen a raíz de esta enfermedad. También, por la significativa participación que tiene sobre todas las muertes de cáncer. Dicho impacto se puede contrarrestar con políticas preventivas y de educación, puesto que, con diagnósticos oportunos y terapias en etapas prematuras del cáncer, las oportunidades de sobrevivencia son superiores y más económicas para las entidades responsables (Organización Mundial de la Salud, 2017).

2. Metodología

Para la metodología de investigación se tendrán en cuenta dos variables de análisis, a saber, las barreras de acceso en salud y el cáncer de mama. A partir de la relación de las mencionadas variables se ha fundamentado la hipótesis del estudio; la cual se ha construido a partir de la revisión de literatura académica y publicaciones de entidades internacionales en salud sobre el tema de investigación.

2.1 Relación de las variables barreras de acceso en salud y cáncer de mama

Existe una relación entre las barreras de acceso a servicios de salud y cáncer de mama, puesto que acudir al sistema de salud para la obtención de servicios expone a las personas diagnosticadas y no diagnosticadas a presentar barreras de acceso en el transcurso de la enfermedad. Dichas barreras pueden ser de orden:

1. Económico
2. Estructural
3. Social
4. Personal

Según el Dr. Etienne Krug, Director del Departamento de la OMS de Enfermedades No Transmisibles, Discapacidad, Violencia y Prevención de Lesiones. “El diagnóstico del cáncer en una fase tardía y la imposibilidad de recibir tratamiento condenan a muchas personas a sufrimientos innecesarios y a una muerte precoz” (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr. 3). Lo anterior se relaciona con las barreras de acceso, puesto que los pacientes pueden presentar obstáculos en el acceso al diagnóstico y tratamiento, lo cual puede llegar a generar repercusiones como el sufrimiento y muerte precoz como lo afirma el Dr. Krug. Por tal motivo, es importante

identificar cuál de las barreras mencionadas previamente es la responsable de generar con mayor frecuencia los obstáculos a los que están expuestos los pacientes al navegar por el sistema de salud para diagnosticar y tratar la enfermedad.

2.2 Fases de la investigación

2.2.1 Fase cuantitativa

La fase cuantitativa dio inicio con la elaboración del instrumento de investigación, una encuesta de 19 preguntas, 2 preguntas abiertas y 17 cerradas, las cuales tuvieron un proceso de validación con dos expertos en problemáticas de la enfermedad que además son pacientes sobrevivientes. Adicionalmente, se acudió a un médico experto en cáncer para validar la pertinencia de las preguntas. Una vez finalizada la verificación de la encuesta, se realizó una prueba piloto de 10 encuestas con personas aleatorias para asegurar la fácil comprensión del instrumento e identificar errores que pudieran surgir durante la etapa de prueba.

Posteriormente, se realizó la recolección de datos con encuestas online a través de 12 grupos de apoyo a personas con intereses en cáncer de mama y enfermedades oncológicas en Facebook. Para difundir la encuesta en estos grupos fue necesario llenar un formulario en la mayoría de los grupos explicando las razones por las que se quería ser parte de la comunidad puesto que eran privados. Adicional a esto, también se realizaron publicaciones de la encuesta en páginas en Facebook de fundaciones relacionadas con la enfermedad.

Por otro lado, se tuvo la colaboración de la Asociación Amese para difundir la encuesta sobre una base de datos de 500 mujeres, en la que se compartió el instrumento por mail dos veces. Es importante resaltar que el apoyo de personas cercanas a fundaciones y grupos de pacientes fue

fundamental para esta fase de la investigación. Puesto que, por ser un tema sensible, de impacto negativo en la vida de las personas y una población objetivo realmente limitada, la captura del encuestado es verdaderamente compleja y de mayor dificultad.

Por último, finalizada la etapa de encuestas, se realizó la descarga de la información y se depuraron las respuestas de los encuestados, dejando por fuera aquellas encuestas que no cumplían con el filtro requerido para la investigación. Una vez depurada la información, se organizaron los datos para seguir con la etapa de análisis.

2.2.2 Fase cualitativa

Para llevar a cabo la fase cualitativa, se realizó una guía para la realización de entrevistas a profundidad por medio telefónico. Una vez se validó el instrumento con el director de investigación, se avanzó con la identificación del perfil del entrevistado que se ajustara a las necesidades del estudio.

Posteriormente, se hizo la búsqueda de expertos para confirmar su participación en la investigación, para luego realizar el agendamiento de las citas necesarias para llevar a cabo las 8 entrevistas. La selección de los entrevistado se basó en el conocimiento que tienen sobre la ruta del paciente, acceso a medicamentos oncológicos, funcionamiento del sistema de salud, experiencia en el mercado de fármacos oncológicos, vínculos con las problemáticas de acceso de los pacientes y, sobre todo, experiencia. Lo anterior, puesto que tienen una vinculación directa con la temática de investigación por los roles que desempeñan o desempeñaron laboralmente.

2.3 Diseño de la metodología

Para realizar el diseño de la investigación, se hizo una revisión literaria de metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, con el fin de buscar los métodos que mejor se adaptaran a los objetivos y requerimiento planteados para el estudio.

La metodología que se escogió para investigar la fase cuantitativa del estudio fue la de corte transversal. Dado que, según Liu, 2008 y Tucker, 2004 (en Hernández, Fernández y Baptista, 2014, pág. 154) “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (p.154). El método se divide en 3 tipos: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales. Pero para el propósito de este estudio se tomará el diseño transversal exploratorio. Según Hernández et al. (2014) consiste en “conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos” (p.155).

La Cuenta de Alto Costo es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007. A este Organismo le fueron reportados 59.837 casos de mujeres con cáncer de mama durante el periodo 2 de enero de 2017 al 1 de enero de 2018, cifra que será utilizada para cuantificar la población de la muestra (Cuenta de Alto Costo, 2018).

Si bien la población de estudio son personas tratadas en la ciudad de Bogotá, para calcular la muestra se tomará el número de casos reportados a nivel país, puesto que hay personas que se ven obligadas a desplazarse a ciudades centrales como Bogotá, para acceder a los servicios de salud de cáncer de mama. Por otro lado, al ser esta una enfermedad de alto costo y alto grado de

especialización, no hay disponibilidad de servicios en áreas rurales, pueblos o veredas. Por tal razón no sería correcto tomar la cifra del número de casos tratados en Bogotá, porque es una cifra alterada por casos provenientes de las afueras del distrito capital.

Es importante recalcar que el muestreo será por conveniencia, debido que el cáncer de mama es un tema sensible para los afectados y para algunos es un episodio en la vida traumático del cual no se dispondrían a compartir información.

Para la fase cuantitativa, se utilizó un nivel de confianza del 95% con una precisión de 10%, calculado sobre una población de 50.887 personas. Lo anterior arrojó una muestra de 96 encuestas requeridas para llevar a cabo la etapa cuantitativa.

En cuanto a la fase cualitativa, se realizó bajo diseños de Teoría Fundamentada. Dentro de esta teoría hay varios tipos de diseños. Sin embargo, el que más se ajusta a los requisitos de este estudio es el diseño Constructivista, dado que “este diseño busca ante todo enfocarse en los significados provistos por los participantes del estudio. Se interesa más por considerar las visiones, creencias, valores, sentimientos e ideologías de las personas” (Henderson, 2009 y Charmaz, 2006 en Hernandez, 2014. Pág,476). La información obtenida durante esta fase de la investigación es de gran utilidad porque permite hacer un contraste de la información obtenida cualitativa y cuantitativamente, entre lo que dicen los expertos y la información numérica obtenida de las encuestas.

3. Resultados obtenidos

En este módulo, se expondrá inicialmente un resumen del perfil sociodemográfico del encuestado, en el que se describirá las principales características en cuanto a género, rango de edad, estrato socioeconómico, nivel de estudio, entre otros. Esto permitirá tener una visión amplia de los perfiles de los encuestados antes de abordar los resultados de los puntos clave de investigación.

Posteriormente, se podrá ver los efectos de la enfermedad y barreras de acceso en los pacientes. Esto permitirá entender cómo el paciente se ve afectado por la enfermedad y por las barreras de acceso en las etapas de diagnóstico y tratamiento. Seguido de lo anterior, se explican los hallazgos obtenidos con relación a la barrera de acceso más incidente en la población objetivo. Por último, se identifican cuáles son los tiempos de acceso más comunes en los servicios de salud relacionados con la enfermedad.

En la investigación se obtuvo información desde varias perspectivas, desde pacientes, hasta profesionales de la salud, funcionarios en el sector farmacéutico y fundaciones de apoyo a pacientes. Las mediciones se realizaron a través de encuestas a cuidadores, pacientes y sobrevivientes de la enfermedad (Fase cuantitativa) y entrevistas a profundidad con profesionales expertos en el tema (Fase cualitativa).

La población que se utilizó para definir la muestra fueron 59.837 casos de cáncer de mama registrados en el 2018, a partir de esta población se escogió una muestra de 96 encuestas debido a la alta dificultad de obtener un número alto de encuestas realizadas. Pues el cáncer de mama es un tema de alta sensibilidad para las personas y es un tema en el que muchas personas no están dispuestas a compartir información sobre un episodio traumático de su vida. Por otro lado, la población es realmente pequeña para lograr un abundante número de encuestas y estas no pueden

ser publicadas en cualquier lugar para que sean respondidas por un público general por la especificidad de la población. Una vez culminada la recolección de datos por medio de encuestas, se descartaron aquellas encuestas que no cumplían el filtro de la investigación. Como resultado, se obtuvo un total de 85 encuestas válidas, de las cuales el 100% de la muestra fueron mujeres. En cuanto a la edad, el 39% se encontraba entre 35 y 44 años, el 35% se encontraba entre 45 y 54 años, el 14% tenía más de 55 años y las mujeres entre 25 y 34 años representaron el 12% de la muestra. Adicional a lo anterior, se obtuvo que la edad promedio de los participantes cuando recibieron su diagnóstico fue de 41 años.

El estrato socioeconómico de la muestra fue un 36% personas de estrato 2, 31% personas de estrato 3, 10% personas de estrato 4, 8% personas de estrato 6, por último, 7% personas de estrato 1 y estrato 5 respectivamente.

Por otro lado, en cuanto al nivel de estudios alcanzado por la muestra, el 34% tenía un título universitario, el 27% un título de bachiller, el 20% título técnico, el 16% tenía título de postgrado y el 4% tenía título de primaria. En términos del régimen de salud al cual pertenecen los encuestados, el 77% pertenecía al régimen contributivo, el 20% al subsidiado y un 2% al régimen especial.

Por último, desde el enfoque de barreras de acceso, el 60% de la muestra presentó barreras en el acceso a servicios diagnósticos y el 52% barreras frente al acceso a los servicios de tratamiento.

3.1 Efecto de la enfermedad y barreras de acceso en el paciente

Para determinar cuál era el efecto que tenía la enfermedad y las barreras de acceso en el paciente, se obtuvo la información a través de entrevistas a profundidad con profesionales expertos en el tema, algunos de ellos sobrevivientes de cáncer de mama.

Para hablar de barreras de acceso en cáncer de mama es muy importante segmentarlo por etapas, a saber, etapas de diagnóstico y tratamiento. Puesto que no se presentan barreras una única vez durante la enfermedad, estas pueden surgir en cualquier momento, sea previo al diagnóstico, durante el diagnóstico o inclusive antes o durante el tratamiento.

La importancia de profundizar sobre la barrera más común en el caso de este estudio consiste en determinar cuál es el tipo de barrera que más está afectando a la población con cáncer de mama en términos de incidencia., puesto que tener barreras de acceso en cualquier etapa de la enfermedad puede cambiar en gran manera la progresión y el resultado de esta.

3.1.1 Efecto de la enfermedad en el paciente

Uno de los entrevistados mencionó que es una enfermedad que no solo afecta al paciente, pues una mujer con cáncer de mama afecta en promedio 4 personas del núcleo familiar. Por otro lado, en entrevista con Alejandra Toro, mencionó que además de afectar toda la estructura familiar, el paciente con cáncer de mama impacta de manera indirecta a 32 personas, desde su núcleo familiar, hasta los compañeros de trabajo (13 de abril de 2020).

De hecho, las personas con cáncer de mama no solo se ven afectadas por su enfermedad sino también por las repercusiones que tiene en la vida cotidiana del paciente. Un ejemplo de eso lo explica uno de los entrevistados, quien comentó que perdió su empleo debido a la enfermedad, pues mencionó que para las empresas el tema de tener una mujer con pérdida de pelo y con cambios físicos asociados a la enfermedad, afecta emocionalmente a las personas que están a su alrededor en el trabajo, Asimismo, Toro menciona que un paciente con la enfermedad requiere de muchos permisos que lo ausentan de su horario laboral, como también sus cuidadores que deben ausentarse

para acompañar al paciente en el proceso de la enfermedad. Esto no resulta conveniente en el largo plazo para los empleadores (13 de abril de 2020).

3.1.2 Efecto de las barreras de acceso en la etapa diagnóstica

En cuanto al efecto que tienen las barreras de acceso durante la etapa de diagnóstica, se encontraron los siguientes hallazgos. Al presentar retrasos, un proceso que debería tardar 30 días puede durar hasta 4 meses, eso hace que los pacientes se diagnostiquen en estadios tardíos y que pierdan la oportunidad de curarse o de que les vaya mejor durante su terapia. Así lo mencionó Maria Fernanda Silva (10 de abril de 2020). Además, Toro comentó que a más tiempo el paciente demore en iniciar un proceso de quimioterapia, cirugía o un control de atención, al paciente se le va disminuyendo la posibilidad de sobrevivir. Pues entre más rápido se tiene el diagnóstico de la enfermedad, más oportunidades tiene el paciente de calidad de vida.

Desde otro punto de vista, para Jorge García director de la fundación Retorno Vital, un paciente que pueda ser atendido a tiempo, en el retraso puede perder la oportunidad de tratamiento oportuno, por lo cual, la evolución de la enfermedad sería mucho más rápida en casos donde no se diagnostica de manera oportuna (23 de abril de 2020). Por otro lado, en entrevista con Julian Gaona (gerente de producto oncológico) explica que no hay un sistema robusto de identificación de pacientes en estadios tempranos de cáncer de mama, lo cual genera que los pacientes lleguen en estadios más avanzados de la enfermedad y que requieran medicamentos mucho más potentes y más costosos para el sistema de salud cuando llegan a la etapa de tratamiento (5 de mayo de 2020).

Un punto muy importante sobre los efectos de barreras de acceso en esta etapa lo mencionó Ingrid Hernandez, médico de profesión y Key Account Manager de acceso durante la entrevista. Allí comentó que en el informe de la Cuenta de Alto Costo de septiembre de 2019 se encontró que el

40% de los pacientes con cáncer se trataban sin hacerse un adecuado diagnóstico. Al no tener un diagnóstico adecuado, el paciente recibe una terapia estándar. En ese escenario, el paciente pierde la oportunidad de recibir una terapia dirigida que le pueda aportar mayores beneficios para el tratamiento, aquellas terapias dirigidas requieren más exámenes que las terapias convencionales (5 de mayo de 2020).

A raíz de que el paciente necesita solicitar exámenes con mayor grado de especialidad y mayor costo para las terapias dirigidas, es probable que desistan en el proceso de las autorizaciones con las EPS porque no se otorgan con la misma facilidad que los exámenes convencionales. Por tal motivo, los médicos en algunos casos inician con terapias convencionales antes de que el paciente desista en el intento de tener exámenes con mayor especialidad y que pierda la oportunidad de tratamiento, ya sea estándar o terapias dirigidas (Hernández, 5 de mayo de 2020)

3.1.3 Efecto de las barreras de acceso en la etapa tratamiento

En la etapa de tratamiento, según Silva los pacientes al presentar demoras en el acceso desisten del tratamiento porque creen que no va a ser autorizado. Adicionalmente, los médicos son conscientes de las demoras que involucran algunos tratamientos o medicamentos, por lo que en algunos casos puede que prefieran prescribir terapias que autorizan con mayor facilidad, pero que no son las mejores para el paciente (10 de abril de 2020). Teniendo esto en cuenta, el paciente en algunos casos se puede ver afectado en dejar de recibir el mejor tratamiento por lo que algunos médicos recetan terapias que no son las mejores, para asegurar que el paciente reciba su tratamiento sin tantos inconvenientes o demoras. Por otro lado, Toro mencionó que algunos profesionales de la salud no tienen autonomía médica para prescribir, dado que tienen restricciones en cuanto al control del gasto por parte de las EPS (13 de abril de 2020).

Las barreras afectan la eficiencia del tratamiento. Laura Arismendi explicó que en su caso el medicamento debía surtir un efecto determinado en un ciclo específico, al interrumpir los ciclos, el cuerpo deja de estar “protegido” por el efecto del medicamento en el organismo, puesto que bloqueaba la reproducción de las células cancerígenas. En consecuencia, al tener esos ciclos interrumpidos el efecto del medicamento se acaba y permite que las células se sigan reproduciendo, lo cual se traduce según Arismendi en una ineficiencia real en el tratamiento, causado por las interrupciones de las barreras (11 de abril de 2020).

Lo anterior da introducción a los resultados de la entrevista con Julian Gaona, en la que menciona que el paciente con barreras durante esta etapa se puede ver afectado en su desenlace clínico. Gaona explica que un paciente que esté siendo tratado con un medicamento de control de cáncer avanzado posiblemente pueda presentar una metástasis en un órgano cercano o en los huesos. Aquella metástasis puede avanzar mucho más rápido hasta el punto de que el paciente fallezca en mucho menos tiempo. Adicional a esto, los pacientes se ven afectados por las molestias que puede presentar el paciente en la zona donde está el cáncer. Lo anterior puede desencadenar afectaciones psicológicas al paciente porque saben que cada día cuenta y al no tener el medicamento pueden resultar en depresiones y problemas familiares ocasionados por el efecto de las barreras en la etapa de tratamiento (5 de mayo de 2020).

Gaona plantea un escenario después de levantar la barrera del paciente, el cual consiste en que la enfermedad al haber avanzado a raíz de los retrasos generados por las barreras, posiblemente el paciente necesitará medicamentos más potentes o inclusive el uso de quimioterapias de manera temprana. Esto da lugar a eventos adversos en el paciente como la caída del pelo, vómito o diarrea, lo cual limita a las personas en su capacidad de trabajar. Ahora, en el caso de personas con menos recursos, van a necesitar otros beneficios del sistema de salud por aprobaciones como alimentación

o subsidios en los que posiblemente pueden tener riesgo de presentar nuevas barreras durante su proceso de tratamiento (5 de mayo de 2020).

3.2 Barrera de acceso mas común en los servicios de salud

Durante las entrevistas, se socializaron las definiciones de las barreras Estructurales, Financieras, Socioculturales y Personales. Una vez el entrevistado comprendió el significado de cada barrera, se le pidió que organizara de mayor a menor las barreras, siendo 1 la barrera más incidente y 4 la barrera menos incidente. Los resultados que arrojó el ejercicio posicionan la barrera de tipo estructural como la más incidente para acceder a los servicios, y en aquellos casos que no es posicionada de primera, al menos es considerada como la segunda más incidente en la mayoría de los casos (Ver tabla 1).

Tabla 1. Respuestas de incidencia por barrera

		ENTREVISTADOS								
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	Promedio
BARRERAS	Estructural	1	2	1	2	1	3	4	1	1.9
	Financiera	2	1	2	4	2	4	3	3	2.6
	Sociocultural	3	3	4	1	3	2	1	2	2.4
	Personal	4	4	3	3	4	1	2	4	3.1

Fuente: elaboración propia

3.2.1 Barrera más común en etapa de diagnóstico

Como resultado de la investigación, se encontró que el 63% de los pacientes presentó barreras durante la etapa de diagnóstico, y que la barrera que tuvo el mayor número de selecciones por parte del encuestado fue la de tipo estructural (Ver tabla 2)

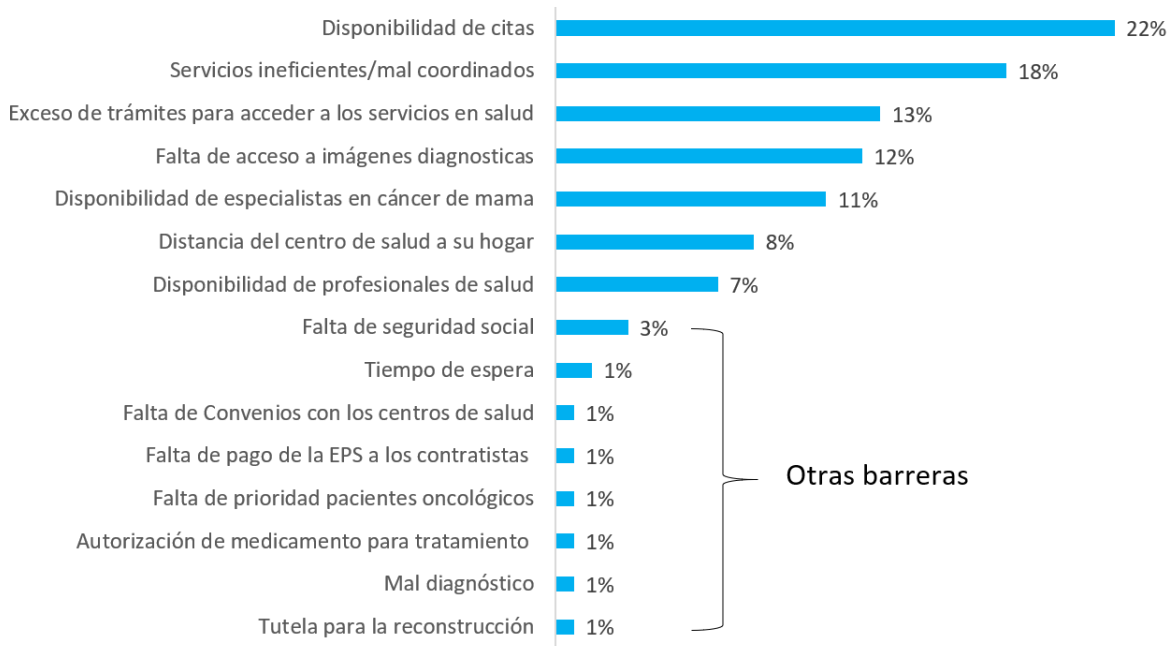
Tabla 2. Selecciones por tipo de barreras en etapa de diagnóstico

TIPO DE BARRERA	BARRERAS SELECCIONADAS
Estructurales	138
Financieras	72
Personales	17
Socioculturales	6
TOTAL	233

Fuente: elaboración propia

De aquellas personas que presentaron barreras en esta etapa, el 100% presentó al menos una barrera asociada a barreras de tipo **estructural**, siendo esta la más común. Las barreras con mayor incidencia fueron: la Disponibilidad de citas (22%) , servicios ineficientes o mal coordinados (18%), exceso de trámites para acceder a los servicios (13%), falta de acceso a imágenes diagnósticas (12%), disponibilidad de especialistas en cáncer de mama (11%), distancia del centro de salud al hogar del paciente (8%), disponibilidad de profesionales de salud (7%) y otras barreras de baja incidencia que acumulan un (9%) (Ver gráfico 1).

Gráfico 1. Incidencia de barreras estructurales en etapa de diagnóstico



Fuente: elaboración propia

Por otro lado, en las entrevistas los resultados sobre las barreras más comunes en la etapa de diagnóstico fueron semejantes a los encontrados en la fase cuantitativa, ya que la mayoría de las barreras mencionadas por los entrevistados se relacionan con la barrera de tipo estructural, siendo esta la más común entre las menciones de los entrevistados. Algunos de los factores más comunes entre las menciones, fueron la fragmentación de servicios de salud y acceso a las citas (Ver tabla 3).

Tabla 3. Menciones: barreras de acceso más comunes en etapa diagnóstico

		BARRERAS		
		Estructurales	Socioculturales	Personales
ENTREVISTADOS	E1	Servicios fragmentados, el paciente tiene que ir en diferentes momentos a diferentes sitios		
	E2	Acceso a primera cita		Falta de conciencia con autodiagnóstico
	E3	Fragmentación del servicio, hacen ir al paciente de un lado a otro. Distancias desde áreas rurales a centros asistenciales.		Falta de conciencia para cuidarse
	E4	Autorización de exámenes por baja capacidad instalada y contratada		
	E5	Fragmentación del servicio, localización del paciente	Estigmatización de las mujeres por sus parejas, desarraigo y abandono de la familia para tratarse	Miedo/temor a la enfermedad
	E6	Falta de citas médicas para exámenes y citas con especialistas		
	E7	Demoras para acceder a citas con especialistas		Falta de conciencia y conocimiento de la importancia del autocuidado sobre la enfermedad
	E8	Campañas de prevención no llegan a ciudades pequeñas y veredas	Carencia de conocimiento frente a la enfermedad, capacidad de lectura y escritura y acceso	

			a internet, en general el estatus sociocultural	
--	--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

3.2.2 Barrera más común en etapa de tratamiento

En la etapa de tratamiento se encontró que el 61% de los pacientes presentaron barreras para acceder a servicios de salud relacionados con el tratamiento. Adicionalmente, la barrera que tuvo el mayor número de selecciones por parte del encuestado en esta etapa fue la de tipo estructural (Ver tabla 4).

Tabla 4. Selecciones por tipo de barreras en etapa de tratamiento

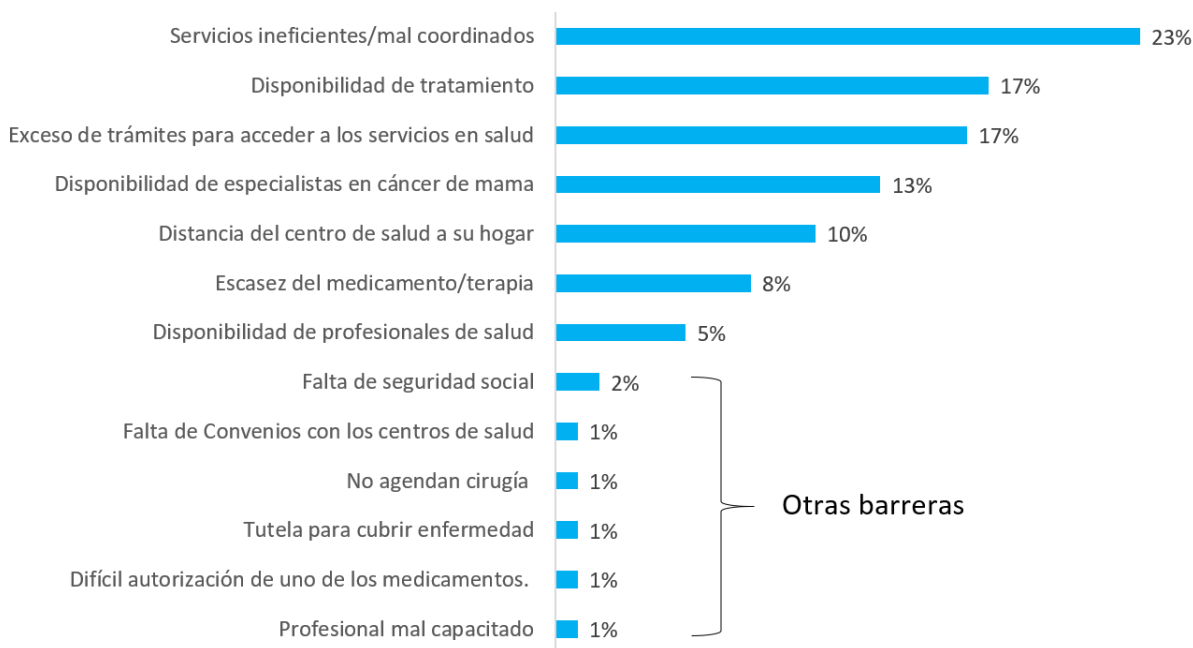
TIPO DE BARRERA	BARRERAS SELECCIONADAS
Estructurales	115
Financieras	56
Personales	12
Socioculturales	5
TOTAL	188

Fuente: elaboración propia

Del 61% que presentaron barreras, el 94% de ellos señaló presentar al menos una relacionada a las barreras de tipo estructural. Las barreras estructurales de mayor incidencia en la etapa de tratamiento fueron: servicios ineficientes/mal coordinados (23%), disponibilidad de tratamiento (17%), exceso de trámites para acceder a los servicios en salud (17%), disponibilidad de especialistas en cáncer de mama (13%), distancia del centro de salud a su hogar (10%), escasez

del medicamento/terapia (8%), disponibilidad de profesionales de salud (5%) y otros factores de baja incidencia que acumulan un (7%) (Ver gráfico 2).

Gráfico 2. Incidencia de barreras estructurales en etapa de tratamiento



Fuente: elaboración propia

Por otro lado, desde la perspectiva de los profesionales relacionados con las problemáticas de acceso y la enfermedad, cuando se les preguntó por las barreras más comunes en la etapa de tratamiento, la mayoría mencionó factores relacionados con barreras estructurales. Pues los problemas de acceso se relacionaban en mayor medida con demoras por trámites administrativos y disponibilidad de terapia o medicamento. Cabe resaltar que los problemas de acceso relacionados con los otros tipos de barreras no fueron mencionados de la misma manera en la que se tuvo en cuenta la barrera estructural por los entrevistados. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Menciones: barreras de acceso más comunes en etapa de tratamiento

		BARRERAS		
		Estructurales	Financieras	Socioculturales
ENTREVISTADOS	E1	Demoras en trámites de aprobación, prescripción de medicamentos más económicos por rápida autorización y ubicación del paciente		
	E2	Demoras en autorizaciones	Costos y acceso de transporte	
	E3	Falta de medicamentos, acceso a médicos tratantes y a sus controles		
	E4	Disponibilidad de servicios		
	E5	Oportunidad y continuidad del tratamiento, incumplimiento ciclos en terapias por temas administrativos y terapias no incluidas en los contratos		
	E6	Retraso en ciclos de aplicación por disponibilidad de medicamento y demoras por temas administrativos como cancelación de contratos entre IPS y EPS		
	E7	Incumplimiento con los tiempos de entrega del		Pacientes no tienen el apoyo adecuado

		medicamento y periodos de tiempo sin tratamiento		de su acompañantes o cuidadores
	E8	Disponibilidad de mamografías y biopsias de aquellas poblaciones alejadas		

Fuente: elaboración propia

3.3 Periodo de tiempo con mayor incidencia en pacientes con barreras de acceso

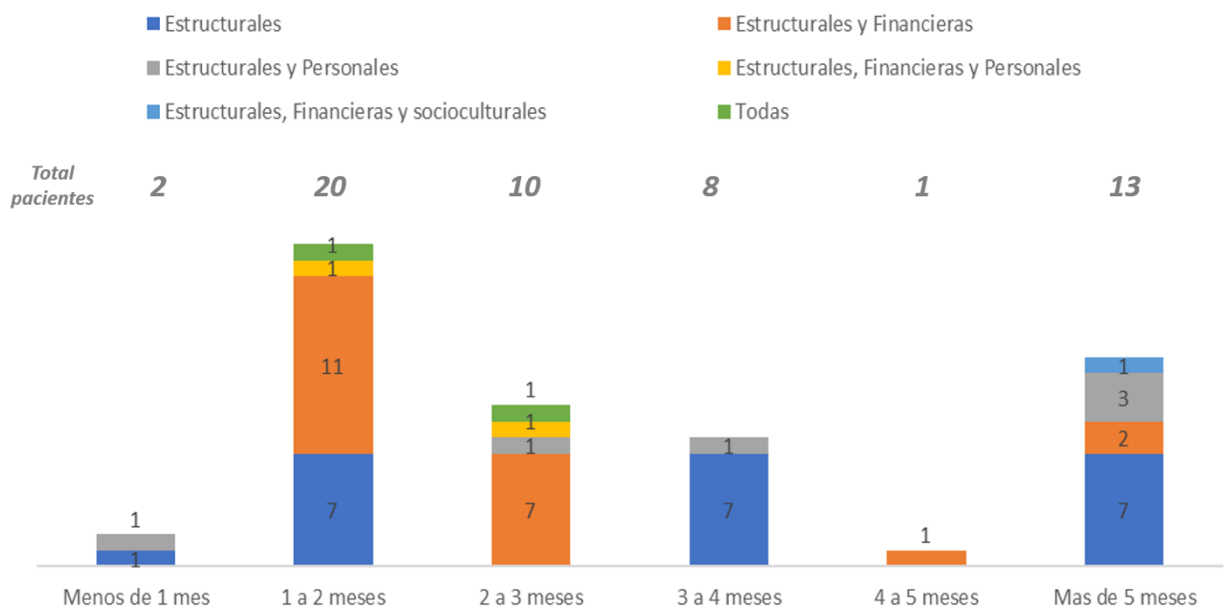
Los tiempos de acceso a los servicios de salud se obtuvieron por medio de encuestas como parte de la fase cuantitativa de la investigación. El tiempo fue determinado por pacientes encuestados y no específicamente por cada barrera, puesto que, durante el proceso de la enfermedad, los pacientes están expuestos a presentar cualquier tipo de barrera y en algunos casos más de una barrera de forma simultánea. Dada la importancia de determinar los tiempos en cada etapa de los servicios de salud asociados a la enfermedad, estos han sido identificados por etapa de diagnóstico y por etapa de tratamiento con el fin de determinar en cuál de las etapas el paciente presenta mayores retrasos a causa de las barreras.

3.3.1 Tiempo más común en el acceso a servicios diagnósticos

Los encuestados que presentaron barreras durante su etapa de tratamiento, tuvieron un tiempo de acceso de 1 a 2 meses en su mayoría, lo cual lo posiciona como el tiempo de acceso más común entre los encuestados (Ver gráfico 3). En ese rango de tiempo las barreras más relevantes en términos de incidencia fueron estructurales-financieras en un 55% y estructurales en un 35%. Por otro lado, se encontró que los pacientes que presentaron barreras en esta etapa, en su mayoría pertenecen al estrato 2 y 3 con una participación de 41% y 35% respectivamente sobre la muestra.

Los encuestados pertenecientes al estrato 4,5 y 6 representan un 15% y el 9% restante equivale a los encuestados de estrato 1.

Gráfico 3. Tiempos de acceso en diagnóstico por tipos de barrera



Nota explicativa: Eje X equivale al tiempo de acceso a servicios de diagnóstico y el eje Y equivale a número de pacientes.

Fuente: elaboración propia

El segundó tiempo más común entre los encuestados fue de más de 5 meses. Asimismo, la médica y profesional en acceso Ingrid Hernandez menciona que el proceso es bastante extenso. Pues un paciente para diagnosticarse tiene que ver un médico general que le mande numerosos exámenes, después ese médico general remite el paciente hacia el internista, si el paciente tiene cáncer lo mandan con el oncólogo, si resulta cáncer de mama, lo mandan con el cirujano de mama cuando

se requiere. Por lo tanto, desde que el paciente va al médico general hasta que lo ve un especialista pueden pasar 4 meses “si le va bien” (5 de mayo de 2020). Cuando en realidad la ruta ideal del paciente debería ser de un mes a mes y medio, desde que se tiene la sospecha hasta que inicia tratamiento, menciona Hernandez (5 de mayo de 2020).

Por parte de los profesionales en el tema, durante las entrevistas mencionaron que los retrasos eran generados mayormente por barreras de carácter estructural como ejemplo: Disponibilidad de citas médicas y demoras y dificultad para acceder a exámenes diagnósticos. En la tabla a continuación se puede observar las menciones por entrevistado relacionadas con las barreras estructurales y personales. Sin embargo, la mayoría de las menciones se relacionan a las estructurales, pues las menciones de barreras personales son pocas (Ver tabla 6)

Tabla 6. Menciones: barreras generadoras de mayores retrasos en etapa diagnóstico

		BARRERAS	
		Estructurales	Personales
ENTREVISTADOS	E1	Realización de procedimientos diagnósticos	
	E2	Disponibilidad de citas médicas	Falta de educación de la enfermedad
	E3	Falta de especialistas y falta de acceso a exámenes	Falta de autocuidado
	E4	Autorización de los exámenes especializados	
	E5	Fragmentación del servicio, localización del paciente	
	E6	Demora en la toma de exámenes de imagen diagnóstica.	

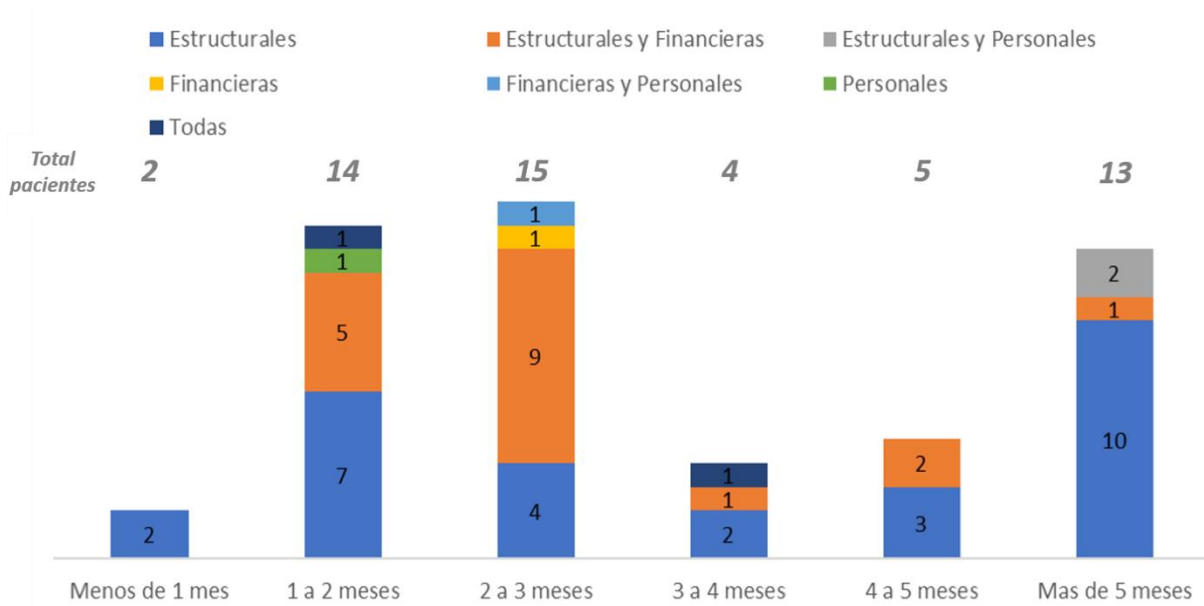
	E7	Demoras para citas con especialistas	Pacientes no tienen el apoyo adecuado de su acompañantes o cuidadores
	E8	Disponibilidad de mamografías y Biopsias en poblaciones alejadas	

Fuente: elaboración propia

3.3.2 Tiempo más común en la etapa de tratamiento

Se puede identificar que los tiempos de acceso en la etapa de tratamiento también son causados en su mayoría por barreras estructurales y financieras como en la etapa diagnóstico (Ver gráfico 4). Sin embargo, en la etapa de tratamientos el tiempo de acceso más común en términos de incidencia es un periodo de 2 a 3 meses para acceder a los servicios, aunque los rangos de tiempo de 1 a 2 meses y más de 5 meses también hayan tenido una incidencia cercana a la más común. Por otro lado, un hallazgo importante sobre las barreras presentadas es que los pacientes con mayor incidencia de barreras pertenecen al estrado 2 y 3 con una participación dentro de la muestra de pacientes que presentaron barreras de 40% y 36% respectivamente.

Gráfico 4. Tiempos de acceso en tratamiento por tipos de barrera



Nota explicativa: Eje X equivale al tiempo de acceso a servicios de diagnóstico y el eje Y equivale a número de pacientes

Fuente: elaboración propia

Por parte de la información recolectada de manera cualitativa con las entrevistas, la Dr. Silva menciona que “el tiempo desde que el medicamento sea formulado hasta que se entrega, debe ser de máximo 5 días” (10 de abril de 2020). Sin embargo, según lo respondido en la entrevista “la cuenta de alto costo en mama encontró tiempos promedio de 34 hasta 50 días para la entrega” (10 de abril de 2020). Otros de los entrevistados si bien no mencionaron cifras puntuales comentaron durante la entrevista que los mayores retrasos en la etapa de tratamiento se atribuían a la demora en autorizaciones, los costos de transportarse para ir a los tratamientos y la fragmentación de los servicios que hacen que los pacientes vayan de un lugar a otro (Ver tabla 7).

Tabla 7. Menciones: barreras generadoras de mayores retrasos en etapa de tratamiento

		BARRERAS	
		Estructurales	Financieras
ENTREVISTADOS	E1	Demoras en autorización y errores en la prescripción	
	E2	Errores en las ordenes médicas y Demoras en autorizaciones	Costos y acceso de transporte
	E3	Tiempos de atención, fragmentación de los servicios	
	E4	Autorizaciones de cirugías y desorganización administrativa	
	E5	Fragmentación de servicio, estabilidad y flexibilidad contractual de terapias no incluidas	
	E6	demora en la aplicación de las quimioterapias	
	E7	Dispensación del medicamento	
	E8	Autorización de medicamentos	

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

Las barreras de acceso son obstáculos que no permiten a los pacientes acceder a los servicios de salud de manera regular, lo cual se traduce en mayores tiempos para recibir la atención en la enfermedad. En esta enfermedad el tiempo es una variable clave para el desenlace clínico del paciente, ya que, dependiendo de lo que se demore un paciente en ser diagnosticado y tratado, así será su desenlace clínico, pues entre más tiempo el paciente se demore en iniciar el tratamiento de la enfermedad menor será la posibilidad de sobrevivir a ella.

Debido a lo anterior, se planteó determinar cuál era la barrera que mayor incidencia tenía en la atención de cáncer de mama en la ciudad de Bogotá con el fin de encontrar cuáles eran los mayores generadores de retrasos en los pacientes.

Se encontró que el tipo de barrera más común tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad era de tipo estructural. Esto quiere decir que las principales causas de las barreras que dilatan el proceso de la atención de la enfermedad tienen que ver con el sistema de salud y sus prestadores de servicios. En la etapa de diagnóstico se identificó que las principales barreras eran la disponibilidad de citas médica y la ineficiencia de los servicios debido a que se encuentran fragmentados y el paciente promedio debe ser visto por más de 3 profesionales para tener un diagnóstico definitivo. Por otro lado, en la etapa de tratamiento los servicios ineficientes o mal coordinados por demoras y exceso de trámites o la disponibilidad de tratamiento fueron las barreras de mayor incidencia, que también se atribuyen al sistema de salud.

En cuanto a los tiempos de acceso, para Sanchez et. al. (2015) un tratamiento es oportuno si los pacientes acceden a los servicios desde un síntoma hasta el inicio de tratamiento en un tiempo no mayor a 90 días. Por otro lado, para Hernández (5 de mayo de 2020) desde la sospecha hasta el

inicio de tratamiento, el tiempo ideal para el paciente debe ser de un mes a mes y medio. Sin embargo, se identificó que los tiempos que le tomaron a los pacientes que presentaron barrera para acceder a los servicios de diagnóstico fueron en su mayoría de 1 a 2 meses y más de 5 meses. Adicionalmente, los tiempos más comunes para acceder al tratamiento de pacientes con barreras, fueron de 1 a 2 meses y de 2 a 3 meses. Por el contrario, la mayoría de los pacientes que no presentaron barreras tuvo un tiempo de acceso menor a un mes tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, sin embargo, la parte de la muestra que no presentó barreras fue un 37% en el diagnóstico y un 39% en el tratamiento.

En conclusión, se puede decir que hay un problema de oportunidad en el acceso en la atención del cáncer de mama, pues la mayoría de los pacientes presentan barreras al solicitar estos servicios. Barreras que extienden los tiempos de acceso y alejan al paciente de tener un tratamiento oportuno o ideal para su enfermedad. A partir de lo anterior, se tiene como resultado la pérdida de tratarse oportunamente, menor posibilidad de sobrevivir y mayores costos para el sistema de salud, dado que las barreras pueden ser causa de que pacientes lleguen con estadios avanzados lo cual requiere medicamentos más potentes y de mayor costo. Adicionalmente, la enfermedad no solo afecta la salud del paciente, el empleo del paciente también puede verse comprometido, pues una persona con cáncer de mama requiere reincidentes permisos durante largos periodos y los cambios físicos de la persona pueden impactar emocionalmente a sus compañeros de trabajo, lo cual no resulta conveniente para la empresa. Por otro lado, es una enfermedad que impacta a familias enteras porque los roles dentro de las mismas deben cambiar en función de las necesidades del paciente.

Después de ver a profundidad lo que concierne el cáncer de mama, se puede identificar que es un problema que va mas allá de la salud pública, la enfermedad tiene un costo social por el impacto

que genera una persona enferma dentro su núcleo familiar y las personas que la rodean en su cotidianidad.

Recomendaciones

A partir de lo anterior, se recomienda hacer una intervención que se enfoque en mejorar el acceso a los servicios de salud relacionados al cáncer de mama por medio del saneamiento de las barreras de tipo estructural, es decir aquellas que se relacionan directamente con el sistema de salud y sus prestadores de servicios. Dado que son las barreras que más afectan a los pacientes que solicitan atención para su enfermedad tanto en incidencia como en tiempos de acceso.

Para aportar en el saneamiento de dicha barrera se debe optar por realizar una integración vertical de los servicios, puesto que la fragmentación de estos es una causal de navegación constante por el sistema de salud para el paciente, lo cual aumenta los tiempos por el hecho de tener que desplazarse a múltiples lugares en los que pueden encontrar diferentes obstáculos para tener el diagnóstico final o tratamiento. Por otro lado, es notable que la poca disponibilidad de citas es un limitante en el acceso oportuno al diagnóstico de la enfermedad, por lo que se tendría que aumentar la capacidad de personal médico especializado, de modo que los pacientes puedan recibir las citas con mayor agilidad y tener el diagnóstico definitivo en menor tiempo para iniciar la etapa de tratamiento de forma rápida.

Para los pacientes el exceso de trámites para acceder a los servicios de salud es una barrera de alta incidencia dentro de las barreras de tipo estructural, por lo que se recomienda modificar la ruta del paciente de tal forma que sean diseñadas para que los procesos sean lo más fácil posible para los solicitantes de los servicios. Pues en la actualidad, a los pacientes les toca conocer sobre el funcionamiento del sistema de salud para sobrellevar los procesos administrativos con el menor

número de problema posibles, sin contar que es importante que conozcan sus derechos como pacientes para sepan cuando se los vulneran.

Por último, debe tenerse en cuenta que la muestra del estudio presenta ciertas limitaciones, puesto que acceder a mujeres con cáncer de mama, además de ser una población pequeña, tiene barreras de entrada para realizar la aplicación del instrumento de investigación. Debido que es un tema sensible y que muchas personas no desean tratar, dado que significa un episodio traumático en la vida de las personas.

Referencias

- Arismendi, L. (11 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.
- Beltrán, A. (2015). Cáncer de mama - México. *www.facmed.unam.mx*. Recuperado de:
http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf
- Castro, E y Moro, L (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología* Vol. 9, Núm. 2-3. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/272646194_Factores_Psicosociales_Relacionados_con_el_Autocuidado_en_la_Preencion_Tratamiento_y_Postratamiento_del_Cancer_de_Mama
- Castro, V. Tuesca, R. (2017). *Barreras de acceso, percepciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: Análisis de casos Cartagena-Colombia* [tesis de maestría]. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Recuperado de:
<http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7879/131055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2018). What is breast cancer. *www.cdc.gov*. Recuperado de: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
- Cuenta de Alto Costo. (2018). ¿Qué es el cáncer?. *www.cuentadealtocosto.org*. Recuperado de:
<https://cuentadealtocosto.org/site/cancer/>
- Gaona, J. (5 de mayo de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

García, J. (23 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Global Cancer Observatory. (2018), Estimated number of incident cases and deaths worldwide, both sexes, all ages. *Gco.iarc.fr*. Recuperado de: <https://bit.ly/2T3ImO6>

Hernández, I. (5 de mayo de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio-MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6th ed. México D.F., México. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto Nacional de Cancerología. (2017) Boletín epidemiológico. www.cancer.gov.co. Recuperado de: <https://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/B>

Instituto Nacional de Salud. (2019). Informe de evento cáncer de mama y cuello uterino en Colombia, 2018. www.ins.gov.co. Recuperado de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CÁNCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO_2018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). Cáncer de mama. *minsalud.gov.co*. Recuperado de: <https://minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-mama.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2017). El diagnóstico temprano del cáncer salva vidas y reduce los costos de tratamiento. *www.who.int*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/03-02-2017-early-cancer-diagnosis-saves-lives-cuts-treatment-costs>

Pan American Health Organization. (2019). El cáncer de mama en las Américas. www.paho.org.

Recuperado de: <https://bit.ly/2WUqshY>

Rivero, L. (16 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Sanabria, P. (27 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [escrito no publicado]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Sánchez, G. Niño, C. Estupiñán, A. (2015). Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Biomédica* Vol. 35. . Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v35n4/v35n4a08.pdf>

Sánchez, G. Niño, C. Estupiñán, A. (2016). Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* Vol.34 Núm.3. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00297.pdf>

Silva, M. (10 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Toro, A. (13 de abril de 2020). Entrevista de S. Torrente [audio MPEG-4]. Barreras en el acceso a servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama.

Unión Internacional Contra el Cáncer. (2015) *Planificación: cómo mejorar el acceso a la atención para el cáncer de mama*. www.paho.org. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/planificacion-mejorar-acceso.pdf>

Unión Internacional Contra el Cáncer. (s.f) About us. *www.uicc.org*. Recuperado de:

<https://www.uicc.org/who-we-are/about-us>

Zakzuk, A. Herrera, M. Gómez, F. Guzman, N. (2015). Determinantes y Barreras Socioeconómicas del Acceso A Los Servicios de Salud en Las Regiones de Colombia. *Value in Health* Vol. 18,

Núm. 7. Recuperado de: [https://www-sciencedirect-](https://www-sciencedirect-com.cvirtual.cesa.edu.co/science/article/pii/S1098301515024997)

[com.cvirtual.cesa.edu.co/science/article/pii/S1098301515024997](https://www-sciencedirect-com.cvirtual.cesa.edu.co/science/article/pii/S1098301515024997)

Anexos

Anexo 1. Encuesta online

Barreras de acceso en servicios de salud en cáncer de mama

Buen día,

El propósito de la encuesta es de carácter investigativo, su colaboración es de gran importancia para los objetivos de la investigación.

Las respuestas suministradas serán de carácter confidencial y los datos serán utilizados únicamente para fines estadísticos e investigativos. La duración de la encuesta le tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo, gracias por su colaboración.

*Obligatorio

¿Ha sido usted acompañante (cuidador) o diagnosticado con cáncer de mama? *

- Si
- No

¿Cuál es o fue su rol durante el transcurso de la enfermedad? *

- Paciente
- Cuidador
- Otros: _____

¿En qué ciudad recibió usted los servicios de salud relacionados con la enfermedad? (Si usted es cuidador, responda en que ciudad se tomaron los servicios de salud del paciente) *

- Bogotá
- Medellín
- Cali
- Barranquilla

¿En qué localidad de la ciudad de Bogotá reside el paciente? *

Si el paciente no reside en Bogotá, por favor indíquelo

- Usaquén
- Chapinero
- Santa Fe
- San Cristóbal
- Usme
- Tunjuelito
- Bosa
- Kennedy
- Fontibón
- Engativá
- Suba
- Barrios Unidos
- Teusaquillo
- Los Mártires

- Ciudad Bolívar
- Antonio Nariño
- Puente Aranda
- La Candelaria
- Rafael Uribe Uribe
- Sumapaz
- EL PACIENTE SE TRATÓ EN BOGOTÁ PERO VIVIE FUERA DE LA CIUDAD

¿A que género pertenece el paciente? *

- Femenino
- Masculino
- Otros: _____

¿En que rango de edad se encuentra el paciente? (Si es cuidador, seleccionar la edad del paciente) *

- Entre 18 y 24 años
- Entre 25 y 34 años
- Entre 35 y 44 años
- Entre 45 y 54 años
- 55 años o mas

¿Cuál es su estrato en la factura de servicios públicos (Agua / luz /gas) del lugar donde reside el paciente? *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

¿A qué actividad se dedica el paciente? *

- Estudiante
- Empleado
- Independiente
- Estudiante y Empleado
- Desempleado
- Pensionada
- Otros: _____

¿Qué nivel de educación ha alcanzado el paciente hasta la fecha? *

- Primaria
- Bachiller
- Técnico
- Universitario
- Postgrado
- Ninguno

¿A que régimen de salud pertenece el paciente? *

- Contributivo
- Subsidiado
- Especial
- No está afiliado al sistema de salud

¿Qué entiende usted por BARRERAS DE ACCESO en los servicios de salud? *

Tu respuesta _____

¿A que edad fue diagnosticado el paciente con cáncer de mama? *

Tu respuesta _____

En el proceso de la enfermedad, ¿el paciente presentó alguna barrera para acceder a SERVICIOS DIAGNÓSTICOS? *

Barrera: se entiende por barrera como un obstáculo que impide o dificulta el acceso a los servicios de salud requeridos para su enfermedad

- Sí
- No

¿Qué tipo de barrera presentó? (Puede seleccionar más de una respuesta) *

Si no presentó barreras en acceder a servicios diagnosticos (SELECCIONE LA OPCIÓN: NO TUVE BARRERAS)

- Distancia del centro de salud a su hogar
- Disponibilidad de citas
- Disponibilidad de profesionales de salud
- Disponibilidad de especialistas en cáncer de mama
- Servicios ineficientes/mal coordinados
- Exceso de trámites para acceder a los servicios en salud
- Falta de acceso a imágenes diagnosticas
- Gastos en copagos, transporte, alojamiento
- Ingresos perdidos por la enfermedad
- Gastos en suplementos y dietas especiales
- Creencias personales
- Creencias religiosas
- Prejuicios sociales
- Discriminación
- Desconfianza en el sistema de salud
- Temor a ser diagnosticada/o con cáncer
- Poco conocimiento sobre temas de salud

- Poco conocimiento sobre obligaciones laborales
- Falta de seguridad social
- Desconocimiento de derechos y deberes del paciente
- Temor a ser diagnosticada con cáncer
- NO TUVE BARRERAS
- Otros: _____

¿Cuánto tiempo le tomo al paciente acceder a los servicios de salud relacionados al DIAGNÓSTICO de la enfermedad? *

- Menos de 1 mes
- 1 a 2 meses
- 2 a 3 meses
- 3 a 4 meses
- 4 a 5 meses
- Mas de 5 meses

En el proceso de la enfermedad, ¿el paciente presentó alguna barrera para acceder al TRATAMIENTO? *

- Si
- No

¿Qué tipo de barrera presentó? (Puede seleccionar más de una respuesta) *

Si no presentó barreras en acceder al tratamiento (SELECCIONE LA OPCIÓN: NO TUVE BARRERAS)

- Distancia del centro de salud a su hogar
- Disponibilidad de tratamiento
- Disponibilidad de profesionales de salud
- Disponibilidad de especialistas en cáncer de mama
- Servicios ineficientes/mal coordinados
- Exceso de trámites para acceder a los servicios en salud
- Escasez del medicamento/terapia
- Gastos en copagos, transporte, alojamiento
- Ingresos perdidos por la enfermedad
- Gastos en suplementos y dietas especiales
- Creencias personales
- Creencias religiosas
- Prejuicios sociales
- Discriminación
- Desconfianza en el sistema de salud
- Poco conocimiento sobre temas de salud
- Poco conocimiento sobre obligaciones laborales
- Falta de seguridad social
- Desconocimiento de derechos y deberes del paciente
- Temor a los efectos secundarios del tratamiento
- NO TUVE BARRERAS
- Otros: _____

¿Cuánto tiempo le tomo al paciente acceder a los servicios de salud relacionados al TRATAMIENTO de la enfermedad? *

Menos de 1 mes

1 a 2 meses

2 a 3 meses

3 a 4 meses

4 a 5 meses

Mas de 5 meses

¿El paciente presentó BARRERAS DE ACCESO en el transcurso de la enfermedad? *

Si

No

Enviar Página 1 de 1

Anexo 2. Perfil de los entrevistados

- Entrevistado 1 – Maria Fernanda Silva - Gerente de acceso en AstraZeneca: es médica, especialista en Administración en Salud con énfasis en Seguridad Social y ha trabajado en EPS e IPS en diferentes procesos. En su cargo actual, se encarga de manejar la estrategia para mejorar la relación con prestadores y pagadores, apoya las líneas terapéuticas desde el conocimiento sobre la forma de operar de las EPS e IPS y apoya al programa de pacientes en estrategias para mejorar los tiempos de acceso en la ruta del paciente.
- Entrevistado 2 – Laura Arismendi - Ex Directora de Capacitación en la Asociación Amese: Fue paciente sobreviviente y utilizó la experiencia del proceso de la

- enfermedad para ayudar a mujeres, hombres y familias. Se vinculó a la asociación Amese como capacitadora y directora de capacitación, su rol dentro de la organización consistía en dar charlas en empresas e instituciones sobre el cáncer de mama.
- Entrevistado 3 – Alejandra Toro - funcionaria de fundación SQ: Paciente sobreviviente de cáncer de mama. Luego de superar la enfermedad se vinculó a la asociación Amese durante 8 años. Hace 13 años que se dedica a apoyar a mujeres con cáncer de mama en apoyo emocional, físico, políticas públicas para cambiar la oportunidad y el acceso de las mujeres con cáncer de mama. Fue nominada a mujer Cafam por sus proyectos en cáncer de mama y hasta la fecha se dedica a hacer proyectos sobre la enfermedad.
 - Entrevistado 4 – Lizzeth Rivero - Abogada encargada del área jurídica de la asociación Amese: realiza asesorías jurídicas a pacientes y cuidadores orientadas a barreras de acceso y derecho a la salud de los pacientes.
 - Entrevistado 5 – Jorge García - Director de fundación Retorno Vital: encargado de la gestión de la fundación, en la que apoyan a los pacientes sobre sus derechos y sus deberes ante las entidades prestadores de salud sin involucrarse legalmente.
 - Entrevistado 6 – Paula Sanabria - Coordinadora de programa de la asociación Amese, apoyo a mujeres con enfermedades del seno.
 - Entrevistado 7 – Ingrid Hernandez - Key Account Manager de Acceso en AstraZeneca: médico de profesión y encargada del relacionamiento de aseguradoras, prestadores y médicos prescriptores. Adicionalmente trabaja de la mano con el programa de pacientes para subsanar las barreras de acceso de los pacientes.
 - Entrevistado 8 – Julian Gaona - Gerente de dos medicamentos enfocados en cáncer de mama en AstraZeneca: dedicado el establecimiento comercial del producto y a

estrategias para mejorar la ruta de acceso de pacientes con cáncer de mama. Su rol le permite conocer las etapas críticas en la ruta del paciente y las necesidades de los médicos prescriptores de su línea de productos.

Anexo 3. Guía de entrevista

En esta primera etapa me gustaría saber sobre usted y su relación con los pacientes

1. ¿Puede contarme a que se dedica actualmente?
2. ¿Cómo su trabajo lo vincula a pacientes con el cáncer de mama?
3. ¿Qué tan involucrado se encuentra usted con los pacientes de cáncer de mama y sus problemáticas de acceso?

Ahora hablaremos un poco sobre barreras de acceso

Desde su experiencia y su conocimiento sobre la población con cáncer de mama en Colombia

4. ¿Por qué cree usted que los pacientes de cáncer de mama presentan barreras de acceso a los servicios de salud?
5. ¿Cuál cree que es la razón principal por la que los pacientes presentan barreras para acceder a los servicios de salud de CM?
6. ¿Cuál cree que es la barrera de acceso más común en los servicios de salud de cáncer de mama?
7. ¿La que representa mayores retrasos para el paciente?

Ahora hablaremos sobre las barreras de acceso en los servicios diagnósticos

8. ¿Cómo se ven afectados los pacientes al presentar barreras de acceso en la etapa de diagnóstico?

9. ¿Cuáles cree que son las barreras de acceso más comunes en la etapa de diagnóstico?
10. De las barreras que pueden presentar los pacientes ¿cuál o cuáles cree que pueden representar mayor retraso en el acceso servicios de salud?

Ahora hablaremos sobre las barreras de acceso en los servicios de tratamiento

11. ¿Cómo se ven afectados los pacientes al presentar barreras de acceso en la etapa de tratamiento?
12. ¿Cuáles cree que son las barreras de acceso más comunes en la etapa de tratamiento?
13. De las barreras que pueden presentar los pacientes ¿cuál o cuáles cree que pueden representar mayor retraso en el acceso a los servicios de salud?

Ahora tengamos en cuenta lo siguiente:

Según la Unión Internacional Contra el Cáncer existen 4 tipos de barreras:

Estructurales: está conformada por factores como la ubicación geográfica de los servicios, las necesidades de transporte, los servicios de diagnóstico o de tratamiento limitados, la escasez de medicamentos esenciales y personal insuficiente o mal capacitado. También incluyen servicios ineficientes o mal coordinados, que requieren múltiples consultas para iniciar un diagnóstico definitivo; redes de derivación deficientes; y navegación de pacientes inadecuada.

Socioculturales: los mitos y los prejuicios o ideas erróneas acerca de las causas y el tratamiento del cáncer, el estigma, el idioma, la discriminación, la clase social, el género y las creencias religiosas.

Personales: incluyen la desconfianza hacia el sistema de salud, el temor a un diagnóstico de cáncer, la ignorancia sobre temas de salud y las obligaciones familiares y laborales

Financieras: incluye tener que pagar los servicios con un desembolso directo y los costos indirectos como transporte, alojamiento, cuidado infantil e ingresos perdidos

Mirándolo desde las definiciones de la UICC

14. ¿Cuál cree que es la barrera con mayor incidencia en la población con cáncer de mama?
¿por qué?
15. Me puede ayudar a organizar de mayor a menor ¿cuál cree que es la barrera que tiene mayor incidencia? (Siendo la primera la que más incide y las ultima la que menos incide)
16. ¿Cuál cree que es la barrera que representa mayor retraso en el acceso a los servicios de salud? ¿por qué?