



**Universidad del  
Rosario**

**Barreras y facilitadores del diagnóstico temprano del cáncer desde la perspectiva de los  
pacientes en redes públicas de servicios de salud de Cundinamarca**

*“El cáncer no da tiempo” (Paciente cáncer de estómago, Región de Salud Soacha)*

Autora

**Maria Camila Agudelo Enciso**

Directora

**Amparo Susana Mogollón-Pérez**

**Maestría en Salud Pública**

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud**

**Maestría en Salud Pública**

**Universidad del Rosario**

**Bogotá - Colombia**

**2023**

## **Barreras y facilitadores del diagnóstico temprano del cáncer desde la perspectiva de los pacientes en Cundinamarca**

*“El cáncer no da tiempo” (Paciente cáncer de estómago, Región de Salud Soacha)*

### **Resumen**

**Antecedentes:** El cáncer se configura en una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. A pesar de los avances en la detección temprana, en países de medianos y bajos ingresos persisten barreras que conllevan a su confirmación diagnóstica en estadios avanzados. En Colombia una de las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad por cáncer lo constituye el departamento de Cundinamarca.

**Objetivo:** Caracterizar las barreras y facilitadores del acceso al diagnóstico temprano de cáncer, desde la perspectiva de los pacientes y sus cuidadores en redes públicas de servicios de salud del departamento de Cundinamarca, Colombia.

**Métodos:** Estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, basado en un enfoque fenomenológico. Se realizaron 17 entrevistas semiestructuradas a pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer confirmado en el último año, atendidos en instituciones prestadoras de servicios de salud públicas de las Regiones de Salud Sabana Centro, Sur y Soacha de Cundinamarca. Se efectuó un análisis temático del contenido de las entrevistas.

**Resultados:** En la identificación de síntomas y la búsqueda de la atención se destacan barreras relacionadas con las características socioeconómicas y culturales de los pacientes, que influyen en la búsqueda tardía de la atención. En el acceso a la baja complejidad, predominan barreras relacionadas con los profesionales como desestimación de síntomas y derivación tardía a los especialistas, en tanto que, desde las características del Sistema de Salud, se destaca la delimitación de prestaciones por niveles de complejidad, que limitan la capacidad resolutoria del médico general. Las barreras geográficas asociadas al área de residencia de los pacientes, es otro de los limitantes del acceso a la baja complejidad. En el acceso a la mediana y alta complejidad, sobresalen las barreras impuestas por las aseguradoras, principalmente, la existencia de trámites y demoras en la autorización de pruebas diagnósticas y citas con especialistas, baja duración de los contratos con los prestadores, así como la compra fragmentada y fuera del territorio de residencia del paciente. En cuanto a los prestadores, sobresalen el déficit de especialistas y las demoras para la asignación de citas. Estas dificultades se potencializan en pacientes que viven en zonas rurales, quienes presentan dificultades económicas y tienen a su cargo el cuidado de terceros, en su mayoría, mujeres. Finalmente, una vez se deriva al paciente hacia los prestadores oncológicos, se destaca como facilitadores, a nivel organizativo, en uno de los casos, la existencia de un profesional que actúa como puesto de enlace en la comunicación con las aseguradoras y otros prestadores, lo que favoreció la disminución de trámites y la asignación de citas para el inicio del tratamiento y desde los profesionales de salud, el interés por las condiciones de salud del paciente.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio reflejan la existencia de múltiples barreras desde la búsqueda de la atención hasta la confirmación diagnóstica del cáncer. Mientras en la baja complejidad sobresalen las fallas inherentes a los profesionales y al sistema de salud, es en el acceso a los servicios de mediana y alta complejidad donde se concentran las mayores problemáticas, que se asocian, a las barreras impuestas por las aseguradoras, a las características organizativas de los servicios y las condiciones socioeconómicas de la población, que en su conjunto conllevan a diagnósticos tardíos del cáncer.

**Palabras clave:** cáncer, diagnóstico temprano, Colombia, acceso.

## Introducción

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo generando alrededor de 10 millones de defunciones cada año (1). Para las próximas décadas se prevé que la carga del cáncer aumentará un 60% afectando a más de 30 millones de personas (2)

Cánceres como el de mama y cuello uterino, afectan en gran medida a la población de países de medianos y bajos ingresos (3,4) evidenciándose que 9 de cada 10 muertes ocurren en regiones como América Latina y el Caribe (5). Colombia, reporta una tasa cruda de mortalidad del 84.7 por cada 100.000 habitantes, siendo los cánceres más comunes; mama (15.509 casos nuevos), próstata (14.460), colon y recto (10.783), estómago (8.214) y pulmón (6.876) (1,6).

Entre el 30% y el 50% de los cánceres son evitables, siendo la detección temprana una de las estrategias más efectivas, que conduce a mayores posibilidades terapéuticas, menor morbimortalidad (7) y mejor pronóstico (8,9). Para el caso del cáncer de mama, la tasa de supervivencia a cinco años, es del 96% cuando se diagnostica en estadios 0-I (10); en el de endometrio, la supervivencia es mayor en pacientes con diagnóstico temprano y en menores de 60 años (11), en tanto que, en cánceres como el de ovario la supervivencia a 5 años es del 93% cuando se diagnostica en estadios locales (12).

Estudios en Colombia han demostrado que la supervivencia global a dos años es del 29% para el cáncer de estómago, 54% para el colorrectal, 62% para cáncer de cuello uterino y 80% para cáncer de mama (13). Además, diversas normativas resaltan la importancia de garantizar el acceso a la detección temprana del diagnóstico del cáncer (14–16); fortalecer los servicios de atención primaria oportuna mediante la capacitación de los profesionales de salud (14); así como trabajar en la eliminación de barreras administrativas que prolongan tiempos y fragmentan los servicios (14).

Colombia fue uno de los primeros países latinoamericanos en reformar su sistema de salud, adoptando el modelo de competencia regulada (17), basado en un esquema de aseguramiento con dos regímenes de afiliación: el contributivo, para las personas con vínculo laboral y capacidad económica, y el subsidiado, dirigido a la población de menores recursos con dificultades para aportar al sistema (18). Las entidades responsables del aseguramiento deben garantizar a sus afiliados las prestaciones definidas en el plan de beneficios, a través de la contratación de servicios con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS– de naturaleza pública o privada (19,20). En el caso de la población afiliada al régimen subsidiado y no asegurada, las prestaciones de servicios de baja complejidad se ofrecen con instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública.

Luego de 30 años de implementación de la reforma, a pesar de haber logrado una afiliación al sistema de salud cercana al 94% (21), persisten barreras de acceso a los servicios de prevención, diagnóstico **y tratamiento de pacientes con cáncer** (22,23). Los pacientes deben afrontar tiempos de espera entre los 12 a 18 meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación diagnóstica (23); falta de pericia de los profesionales para asociar signos y síntomas (23), denotándose la asistencia a 2 o más consultas de atención primaria antes de que le sean prescritas pruebas diagnósticas (24) e inadecuado seguimiento de las anomalías identificadas en las pruebas diagnósticas (25).

La mayoría de los estudios de acceso en Colombia refieren barreras administrativas con reprocesos en la atención (26), exceso de trámites (23,27), papeleo y pérdida de documentos por parte de aseguradoras y prestadores (9), demoras en la asignación y autorización de citas, exámenes y procedimientos (9,27), largas filas que muchas veces terminan en negligencia administrativa por parte del personal de los centros de atención (9,22) y negación de servicios sin explicación (9).

También, se reportan barreras económicas como los costos que deben asumir los pacientes para trasladarse a ciudades donde se brindan servicios especializados (22,27), costos secundarios de la enfermedad (30), pagos adicionales al sistema y costos indirectos, a pesar de estar asegurados (28). Muchos estudios coinciden en que hay un elevado gasto en salud para afiliados al régimen subsidiado (29). Esta situación se complejiza en aquellas personas que viven en condición de pobreza y son analfabetas (22), pertenecen a minorías étnicas (27) y residen en zonas rurales (27,30,31).

Por su parte, la mayoría de las investigaciones sobre acceso a los servicios para pacientes con cáncer se centra en las barreras, demoras y experiencias de las personas a lo largo del continuo asistencial (27,28,32) y no existen estudios que identifiquen los problemas diferenciando cada intervalo de la atención, desde la búsqueda de la atención hasta la confirmación diagnóstica.

En relación con los estudios sobre barreras y facilitadores para el diagnóstico del cáncer, en Colombia, los estudios se han centrado en el cáncer de mama (10,24,29,30,33–36), cuello uterino (9,26,27,32,37–39) y en menor proporción en el gástrico (23) y cáncer de piel (40). Esta disparidad se atribuye a que el cáncer de mama y cuello uterino cuentan con programas de financiamiento y han sido priorizados por organismos internacionales (4,41,42) y por planes nacionales (43–45); además, el cáncer de cuello uterino cuenta con disponibilidad de vacuna, pruebas de cribado eficaces y tratamiento (3).

En relación con las áreas geográficas de Colombia con mayores tasas de mortalidad atribuidas al cáncer se destacan Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Santander, evidenciándose que, en el caso de Cundinamarca, sobresalen cánceres como el gástrico y colorrectal (46).

El objetivo del presente artículo es caracterizar las barreras y facilitadores del acceso al diagnóstico temprano de cáncer, desde la perspectiva de los pacientes y sus cuidadores en tres regiones de salud del departamento de Cundinamarca, Colombia.

## **Métodos**

### **Diseño y área de estudio**

Se llevó a cabo un estudio cualitativo, descriptivo-interpretativo, basado en un enfoque fenomenológico (47), que implica un interés por los puntos de vista, perspectivas del mundo, y experiencia de los sujetos (48). El análisis del acceso a los servicios de salud se basó en los marcos teóricos de Walter (49) y Aday y Andersen (50).

El área de estudio lo constituyó el departamento de Cundinamarca, ubicado en la región Andina del país, que comprende 116 municipios, agrupados en 15 provincias y 14 regiones de salud. Cundinamarca es el cuarto departamento más poblado en el país, y se caracteriza por poseer un territorio rural con alta presencia de población urbana, donde el área urbana (0.8 %) concentra el 72% de la población (51). El 27,9 % de su población se encuentra afiliada al régimen subsidiado y el 46,2% al régimen contributivo (52). Las tres regiones de salud seleccionadas: Sur, Soacha y Sabana Centro se caracterizan por ser zonas densamente pobladas con una elevada proporción de individuos con un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, y con variedad de acceso geográfico a la atención especializada (53)

### **Muestra**

Se seleccionó una muestra por criterio teórica de 17 pacientes, aplicándose como criterios de inclusión ser mayor de 18 años, con diagnóstico confirmado de cáncer (estadificado o no) en el último año, con conocimiento de su enfermedad, que hubiesen sido atendido/as en algún momento de su trayectoria

asistencial en instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública de las regiones de salud seleccionadas y ser residentes en las áreas de estudio. Como criterios de variedad máxima en la selección de los informantes se incluyó: edad, sexo, tipo de cáncer, estadio del cáncer en el momento del diagnóstico, nivel socioeconómico y lugar de residencia rural/ urbana. El deterioro de las condiciones de salud, conllevó a que en algunos casos se hicieran entrevistas a cuidadores/familiares para facilitar la reconstrucción de la trayectoria asistencial e identificar barreras/facilitadores para el acceso al diagnóstico del cáncer.

El tamaño final de la muestra se alcanzó por saturación de la información con un total de 17 entrevistas (Tabla 1, Características sociodemográficas y tiempo transcurrido desde la búsqueda de atención hasta la derivación para el inicio del tratamiento). La pertinencia de la muestra se estableció durante la recogida de datos teniendo como criterio la calidad de la información y la suficiencia en la misma (54).

**Tabla 1. Características sociodemográficas y tiempo transcurrido desde la búsqueda de atención hasta la derivación al tratamiento**

No.	Edad - años-	Sexo	nivel de estudios	Residencia	Tipo cáncer	Ocupación	Tiempo desde la búsqueda de atención hasta la derivación al tratamiento (meses)
01	79	Femenino	Universitario	Rural	Recto	Pensionada	7
02	83	Masculino	Primaria completa	Rural	Gástrico	Agricultor	24
03	68	Femenino	Primaria completa	Rural	Gástrico y colon	Ama de casa	24
04	71	Masculino	Primaria incompleta	Rural	Colon	Labores de campo	3
05	66	Masculino	Bachillerato incompleto	Rural	Colon	Jefe de hogar	17
06	56	Masculino	Universitario	Urbana	Colon	Independiente	15
07	38	Femenino	Bachillerato completo	-Rural	Útero	Jefe de hogar	52
08	50	Femenino	Ninguno	Urbana	Colon	Jefe de hogar	13
09	66	Masculino	Primaria completa	Urbana	Gástrico	Operario Máquina	37
10	51	Femenino	Primaria completa	Urbana	Mama	Vendedora ambulante	21
11	68	Masculino	Primaria incompleta	Rural	Colon	Agricultor.	6
12	55	masculino	Técnico	Urbana	Gástrico	Técnico de obra civil	6
13	53	Femenino	Bachillerato	Urbana	Mama	Estilista	13
14	61	Femenino	Primaria incompleta	Urbana	Matriz	Jefe hogar	24
15	44	femenino	Bachillerato	Urbana	Cuello uterino	Trabajo con flores	11

16	66	Masculino	Primaria completa	Urbana	Pulmón	Mina de carbón	3
17	41	Femenino	Técnico	Urbana	Gástrico	Desempleada	13

## Recogida de los datos

Los datos se recopilaron entre febrero y diciembre de 2022, por medio de entrevistas individuales semiestructuradas (EI), desarrolladas en formato presencial y virtual. Los pacientes fueron contactados e invitados a participar a través de los prestadores de servicios de salud públicos. Se obtuvo la aprobación de los pacientes para la participación y su consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente.

En la recogida de datos, se indagó sobre la experiencia de los pacientes en el uso de los servicios de salud, identificando las barreras y facilitadores para el acceso a la confirmación diagnóstica desde – la identificación de signos y síntomas, la entrada a los servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, así como la posterior derivación para la indicación del tratamiento oncológico. Se reconstruyó la trayectoria asistencial y se exploraron a profundidad divergencias, convergencias de los discursos y sus experiencias subjetivas.

## Análisis de los datos

Se realizó un análisis temático de las entrevistas con el apoyo del software especializado NVivo. Los datos se segmentaron por tipo de cáncer, régimen de afiliación, sexo y momento de la trayectoria en que hizo uso de los servicios de salud. Se llevó a cabo un proceso de categorización mixta. Se identificaron los temas, se codificaron para la identificación de patrones comunes, regularidades, convergencias y divergencias en los relatos.

En el análisis participaron cuatro profesionales del equipo de investigación con distinto nivel de formación, lo que enriqueció las perspectivas y la triangulación de los datos, proceso que se hizo paralelo a la recogida de datos.

## Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética institucional de la Universidad del Rosario. Se firmaron acuerdos de confidencialidad de la información con las instituciones prestadoras de servicios de salud y se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes. Se garantizó el anonimato de los/as participantes.

## Resultados

Desde la identificación de signos y síntomas hasta la derivación para la indicación de tratamiento oncológico, se destacan primordialmente barreras relacionadas con las características del sistema de salud, las aseguradoras, los prestadores de servicios de salud, el rol ejercido por los profesionales de salud o por las características de los pacientes. Solo en algunos casos emergieron facilitadores relacionados con algunos contenidos de las políticas del sistema de la salud, el rol de los profesionales a nivel especializado y la existencia de redes de apoyo familiar. Se presentan los hallazgos acordes al momento/intervalo de la trayectoria asistencial identificada.

## - Identificación de síntomas y búsqueda de la atención

Tanto hombres como mujeres señalaron que **buscaron atención médica ante la gravedad de síntomas** como dolor, limitación funcional, pérdida significativa de peso, aspectos **que fueron percibidos por el mismo paciente o evidenciados por familiares o amigos**; *“empezó un dolor de estómago bajito, si como desmayos y me empezó a llegar como si fuera el periodo más fuerte de lo normal, y muy seguido, seguido, seguido, entonces debido a los sangrados fuertes que tenía, asistí al Centro Médico” (Paciente 15, cáncer de cuello uterino)*

Algunas de las **razones señaladas para la búsqueda tardía de la atención**, tanto en hombres como en mujeres, fue la **desestimación de síntomas o la consideración de que se trataba de algo pasajero**, lo que conllevó a la no asistencia oportuna a los servicios de salud, *“yo tenía síntomas de que no podía dormir, mucho cansancio, pero pues yo nunca me imaginé ese tema” (Paciente 07, cáncer de útero)*

En el caso de las mujeres cabeza de hogar, la **priorización de ingresos económicos** conllevó a aplazar la decisión de consultar los servicios de salud a pesar de la percepción de deterioro de su condición de salud *“yo diría que una parte fue descuido mío [...]yo estaba trabajando porque a mí me ha tocado sola, me refiero soy madre soltera, y el ritmo de trabajo es duro [...] y yo sinceramente pues me sentía enferma pero no le ponía cuidado” (Paciente 07, cáncer de útero).*

Una de las cuidadoras señaló **miedo y negación** a un diagnóstico positivo a raíz de una experiencia de cáncer que tuvo con su hijo, lo que conllevó a que su esposo consultara a los servicios de salud de manera tardía *“como había vivido la experiencia con mi niño, yo empecé a decir: ‘esto es cáncer’, y él me decía ‘Aurora usted sabe que yo tengo Cáncer, ¿por qué no me lleva al Cancerológico’?, pero a mí me daba miedo y yo no quería aceptar ” (Paciente 09, cáncer estómago).*

Una de las mujeres entrevistadas, afirma que nunca se practicó el autoexamen como medida de prevención del cáncer de mama, lo que pudo incidir en la búsqueda de atención oportuna o evidenciar signos de alarma de manera temprana.

Solo en algunos casos, la identificación de síntomas asociados a sospecha de cáncer se presentó durante la evaluación médica por otras condiciones de salud y en otro caso, tras la asistencia a un programa de tamización.

Algunos entrevistados describieron que ante la presencia de síntomas **optaron por el manejo de los mismos con remedios caseros, uso de alternativas naturistas, automedicación o consulta a dependientes de farmacias**. Solo ante la no superación de su sintomatología, decidieron consultar a los servicios de salud, de manera tardía; *“yo le tengo mucha fe al tema de remedios naturales, yo aprendí el tema de hemorragias [...] y entonces yo frené el tema de la hemorragia con la ruda” (Paciente 07, cáncer de útero).*

**Tabla 2. Ejemplos de citas textuales sobre barreras para la búsqueda de la atención**

Barreras asociadas a las características de los pacientes	
<b>Asociación de síntomas con otras condiciones de salud</b>	<i>“a mí me daba mucho cansancio, en enero de este año, a mí me tocaba almorzar y acostarme a dormir, porque no podía rendir, me refiero no podía trabajar yo tenía que acostarme a dormir y el color de la piel era muy apagado, como muy amarillo pálido. Pero cuando uno no sabe, uno piensa que es cansancio y ya ” (Paciente 07, cáncer de útero)</i>

<b>Identificación de signos por amigos o familiares</b>	<i>“yo empecé como a bajar de peso, entonces los mismos amigos del trabajo me decía, qué pasaba por qué bajaba de peso, y ya después empecé a sentir un dolor suave en el estómago poquito, en la parte baja del estómago” (Paciente 12, cáncer gástrico)</i>
<b>Priorización de ingresos laborales</b>	<p><i>“sin embargo me fui a trabajar así, porque pues igual yo tenía que pagar arriendo y todo, yo me fui a trabajar, porque pues tengo mis hijos ellos tienen sus obligaciones y lo que ellos puedan colaborar me colaboran, entonces yo me fui a trabajar así” (Paciente 08, cáncer de colon)</i></p> <p><i>“eso de que a veces uno no le hace como mucho caso a las cosas, porque a veces está primero el trabajo que otras cosas, entonces me había descuidado hasta el día que aparece verdaderamente esta vaina, que ya me toca obligado ir al médico” (Paciente 16, cáncer pulmón)</i></p>
<b>Uso de remedios caseros y alternativas naturistas</b>	<p><i>“yo me tomé, yo le tengo mucha fe al tema de remedios naturales, yo aprendí el tema de hemorragias, porque yo desde que tuve la niña a mí no me llevo el periodo como en dos años” (Paciente 07, cáncer de útero)</i></p> <p><i>“él fue y me consiguió unas yerbas de apio para que me tomara, al menos para ver si me calmaba el dolor, fui y les alcance hacer el desayuno a las que estaban trabajando, entonces me fui a sentar en una escalera, y yo no me podía sentar” (Paciente 08, cáncer colon)</i></p>
<b>Búsqueda de atención ante gravedad de síntomas</b>	<p><i>“Me principié a sentir enfermo, entonces ya estaba trabajando en la construcción, entonces me principie a fatigar, me principie a sentir mal, principie arrojar sangre y un sábado escupí mucha sangre, y entonces le pedí el favor a mi hijo que me llevara al médico” (Paciente 16, cáncer de pulmón)</i></p> <p><i>“inicialmente pues yo sentí esos dolores y pues, yo dije es lo que me dijo la muchacha, pero cuando eso se acentuó y me dio terriblemente, yo normalmente yo soy bueno para aguantar dolor, pero aguanté como desde las ocho hasta las 12 de la noche, y ya no pude más, entonces me toco conseguir carro y venir” (Paciente 05, cáncer de colon)</i></p>

#### - Acceso a los servicios de salud de baja complejidad

En el acceso a los servicios de salud de baja complejidad, los pacientes percibieron dificultades relacionadas con las características del sistema de salud, por elementos organizativos de los servicios, por el rol ejercido por los profesionales y finalmente, por algunas características de los usuarios de los servicios.

En cuanto a las características del **sistema de salud**, los pacientes percibieron en los contenidos de las políticas, **limitaciones para la prescripción de pruebas diagnósticas** por parte del médico general, ya que debían derivar a los pacientes a un especialista, aun teniendo el conocimiento y experiencia frente a su solicitud; *“la médica me daba a entender eso, es que yo no lo puedo remitir, saltarme tanto, [...] ella dijo que no podía autorizar que eso le correspondía a un especialista” (Paciente 03, cáncer de colon).*

En relación con las **características de los prestadores de los servicios**, los pacientes señalaron barreras organizativas entre las que se destacan las **fallas** en los **mecanismos de solicitud de citas**. En el **caso telefónico**, aluden a la congestión del call center e inadecuada información; en tanto que a **nivel presencial**, se describen largas filas y restricción en el número de fichas otorgadas por día y finalmente, para el uso del **correo electrónico**, problemas de conectividad y bajo dominio de los recursos tecnológicos; factores que, en el caso de los adultos mayores o residentes de áreas rurales, limitan la comunicación efectiva con los servicios e incrementan los tiempos de espera para la atención con el

médico general *“es el colmo porque la mayoría somos ancianos, entonces no podemos estar a las siete de la mañana porque no vivimos en Fusa y se acaban las fichas, yo he hecho el intento dos veces y no he podido conseguir el Médico General”* (Paciente 01, cáncer de recto)

En segundo lugar, evidenciaron problemas con la **duración de la consulta** con los médicos generales, señalando que, en algunas oportunidades, estos disponen de un tiempo restringido para efectuar una adecuada valoración clínica, dado el exceso de pacientes que tienen asignados para la consulta *“Porque a ellos le ponen una cantidad de pacientes, entonces no tienen el tiempo para examinar a un paciente de verdad, a fondo”* (Paciente 17, cáncer estómago).

En lo que compete a las características de **los profesionales de salud**, enunciaron la baja importancia otorgada a los síntomas manifestados por los pacientes, lo que conlleva a **no considerar antecedentes ni la evolución de la enfermedad**, *“yo venía presentando hace muchísimos años el problema de miomas, y cuando a mí me venía la menstruación eso me duraba 10 días [...] ellos sabían que yo tenía problemas de anemia y todo eso y nada, a mí no me mandaron hacer exámenes, nada”* (Paciente 14, cáncer de útero); y a la **no prescripción de pruebas diagnósticas** en aquellos casos, donde hubo consultas reiterativas por el mismo problema de salud, *“lo que pasa es que uno se confía en el Doctor, porque el Doctor es el que sabe, pero si uno va dos, tres, cuatro veces por lo mismo pues debió haberme mandado un examen [...] solo omeprazol, y si no le sirve a uno, entonces en la próxima ya eran dos y ya”* (Paciente 17, cáncer de estómago\*).

Como consecuencia, los pacientes consideran que en muchos casos el tratamiento se supeditó al tratamiento farmacológico de los síntomas, señalando que hubo una progresión de su cuadro clínico que pudo haber sido controlado de manera oportuna; *“mi caso era algo serio, y yo siempre miraba que los médicos me colocaban calmantes, y bueno ya te puedes ir para la casa, te tomas estas pastitas y ya”* (Paciente 15, cáncer cuello uterino).

Finalmente, en relación con las características de los pacientes, se señala el lugar de residencia rural como una barrera para acceder a los servicios de baja complejidad. Las inadecuadas condiciones topográficas de las vías, la distancia a recorrer hasta los centros de salud, la baja disponibilidad de rutas de transporte y el costo del transporte, que se incrementa en aquellos casos en que deben asistir en compañía de un familiar, son las dificultades más comunes que enfrentan los pacientes, *“yo digamos vivo a dos kilómetros de la vía por donde bajan buses, pero muchas veces según el horario del Puesto de Salud tendría que bajar mucho más abajo, para tomar otros colectivos que lo recogen a uno, porque digamos aquí en la que está más cerca que es como dos kilómetros, solamente hay dos líneas en el día, una por la mañana y si no con cuerda muchas veces con que el bus baja a las 8.00 de la mañana por el frente del Puesto de Salud, y el otro ya baja a las cuatro de la tarde, por la tarde, entonces tenía que bajar mucho más o sea unos Tres kilómetros de aquí de mi casa, para coger otros colectivos que hay ahí”* (Paciente 11, cáncer de colon)

En relación con los facilitadores del **acceso a los servicios de salud de baja complejidad**, solo emergió en el discurso de los pacientes asociado a las características del sistema de salud, la **inexistencia de cuotas moderadoras para la población del régimen subsidiado** tanto para consultas con medicina general como para la realización de exámenes diagnósticos básicos, situación que favorece a la población de menores ingresos económicos *“como yo soy persona de escasos recursos, no he tenido que cancelar nada, ni en citas de Medicina General”* (Paciente 07, cáncer de útero), situación.

**Tabla 3. Ejemplos de citas textuales sobre barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud de baja complejidad**

<b>Barreras asociadas a las características del sistema de salud</b>	
<b>Delimitación de prestaciones por niveles de atención</b>	<i>"la médica particular me asesoró en el nombre de un examen, y yo se lo solicité a la médica general y ella dijo, que no podía autorizar que eso le correspondía a un especialista, entonces no existen esos exámenes de chequeo periódico"</i> (Paciente 03, cáncer de estómago y colon)
<b>Barreras relacionadas con los prestadores de servicios</b>	
<b>Fallas en los mecanismos de solicitud de citas</b>	<p><i>"es el colmo de la EPS pues tiene que atender mucha gente en Fusa, porque la mayoría somos ancianos, entonces no podemos estar a las siete de la mañana, porque no vivimos en Fusa y se acaban las fichas, y ya no dan más fichas, entonces yo he hecho el intento dos veces que he estado en Fusa, y no he podido conseguir el Médico General"</i> (Paciente 01, cáncer de recto)</p> <p><i>"Eso es difícil, porque allá no tienen un teléfono fijo si no celulares, aquí como le cuento es muy difícil la comunicación, entonces a veces llama uno todo un día, todo un día llamando digamos llamar unas 20 – 30 veces no, eso nadie responde ya, a veces le responde a uno digamos a veces el teléfono el vigilante y apenas dice, "no la Doctora hoy no está por aquí, eso toca es que hable con... eso no me corresponde a mí y pues claro a él qué le va a corresponder eso"</i> (Paciente 11, cáncer de colon)</p>
<b>Barreras asociadas a las características de los profesionales</b>	
<b>Desestimación de síntomas</b>	<i>"yo venía presentando hace muchísimos años el problema de miomas, y cuando a mí me venía la menstruación eso me duraba 10 días y eso me venía pero a choros, y yo les comentaba "mire, es que me estoy desangrando", yo me volví anémica, y ellos sabían que yo tenía problemas de anemia y todo eso y nada, a mí no me mandaron hacer exámenes así como estos, ellos que son; perdóneme que les diga, pero ellos son personas estudiadas, que más o menos pueden de acuerdo a los síntomas que uno tiene decir, "hombre, mandémosle hacer este examen no sea que tenga, aparte de los miomas tengo problema de cáncer", ¿cierto?, eso sería una falencia de pronto de eso"</i> (Paciente 14, cáncer de matriz)
<b>Manejo farmacológico de los síntomas</b>	<i>"me canalizaban, que, para ponerme una droga para el dolor, o me colocaban una inyección y bueno ya, me daban uno, dos, tres días de incapacidad y listo, pero nunca me ordenaron, o sea, no me hacían exámenes de nada"</i> (Paciente 15, cáncer de cuello uterino)
<b>Barreras asociadas a las características de los pacientes</b>	
<b>Barreras geográficas de las áreas de residencia</b>	<p><i>"Sí, pero a ciertas horas, por ejemplo, hay unas que vienen cada dos horas, unas cada hora, otras cada tres horas [...] la carretera (desde la vereda al Hospital de I nivel) Muy mala, todo es destapado, porque es vía Arbeláez, entonces toda esa parte está sin pavimentar, y pues los horarios en los que se encuentra allá digamos, que si se va en la noche no me gustaba tampoco andarlo de noche, porque pues siempre es muy peligroso, es oscuro"</i> (Paciente 02, cáncer de estómago)</p> <p><i>"por lo menos el sector en que yo vivo, de las que no goza de servicio de transporte público"</i> (Paciente 05, cáncer de colon)</p>
<b>Facilitadores asociados a las características del sistema de salud</b>	
<b>Inexistencia de pagos/ cuotas moderadoras</b>	<i>"afortunadamente él no paga por ninguna de sus consultas"</i> (Paciente 02, cáncer de estómago)

	<p><i>"Ningún cobro de cuotas en ningún nivel de atención [...] No, porque la Trabajadora Social dijo que como ya el niño que habíamos tenido entre los dos se nos había muerto, que estábamos en estado de indefensión y mi esposo y yo somos adultos mayores, entonces ya nos bajó el Sisben a B2 y no nos cobraron"</i> (Paciente 09, cáncer de estómago).</p>
--	---

- **Acceso a los servicios de salud de mediana y alta complejidad**

La mayor parte de las barreras identificadas por los pacientes se concentraron en estos niveles de complejidad, donde convergen dificultades asociadas a las características de las aseguradoras y de los prestadores de servicios; y en menor medida, barreras inherentes a los profesionales de salud y a los pacientes.

Como barreras asociadas a **las aseguradoras**, se destaca la existencia de **problemas para la autorización de los servicios, la compra fragmentada y fuera del territorio** de residencia y la baja duración de los contratos.

En el primero de los casos, se señalan **dificultades en el proceso autorizador**, que se explica por la existencia de múltiples trámites, tiempos de respuesta prolongados para la definición del prestador y en ocasiones negación de los servicios *"yo me pongo en la tarea de volver a realizar la autorización, un procedimiento que no sé qué sentido tiene, el médico autorice, y luego volver hacer otra fila para que autoricen la EPS, y luego hacer otra fila para que le asignen o le agenden una cita"* (Paciente 03, cáncer estómago).

Como consecuencia, los pacientes recurrieron a distintas alternativas para la superación de dichas barreras, acudiendo a **mecanismos de exigibilidad jurídica** como tutelas y derechos de petición, *"le dije, no, olvídese yo no me voy para allá ni por el berraco, porque esa es otra IPS de garaje, le dije no, a mi autoríceme todo para Fusagasugá, o les meto aquí la Superintendencia Nacional de Salud"* (Paciente 06, cáncer de colon)

Otros pacientes indicaron que acudieron a la **intermediación con cargos directivos** en la institución para agilizar los trámites tanto a nivel de citas con especialistas como para la realización de procedimientos diagnósticos, *"la atención fue rápida [...] porque manejamos unas ciertas palancas aquí en el hospital, indudablemente que no es lo mismo ser un parroquiano cualquiera, que estar uno con palanca, eso sí, se nota"* (Paciente 06, cáncer colon).

Finalmente, una parte de los pacientes asumió el pago de servicios a nivel particular, como alternativa para agilizar la confirmación del diagnóstico médico y dar inicio oportuno al tratamiento; *"Doctora particular le mandó una colonoscopia, porque ella si dijo que era probablemente el colon, pero no que era cáncer, entonces yo hable con el Doctor eso, le comente que le pagamos la consulta particular y que le habían mandado la colonoscopia para que se la hicieran y ahí se sabía, y ahí fue donde se la hicieron"* (Paciente 04, cáncer de colon)

En segundo lugar, se destaca la **designación de múltiples prestadores para la realización de las pruebas diagnósticas o para la asignación de citas con los especialistas, la mayoría de ellas fuera del territorio**, lo que desde la perspectiva de uno de los usuarios, se efectúa con el ánimo de disminuir costos comprando servicios de menor valor tarifario, generando repercusiones negativas como gastos adicionales de bolsillo, mayores tiempos de traslado y uso de un mayor número de transportes, *"entonces les pregunte por qué no contrataban con el resto de la red de aquí de Fusa, "es que ninguno nos da el precio que nos da Imágenes de la Sabana" y les dije: jah, ya, o sea. que ese menor costo que*

*les factura a ustedes Imágenes de la Sabana se lo tenemos que trasladar al usuario, en transporte y en incomodidad, le dije: no, hermano que pena” (Paciente 06, cáncer de colon).*

Finalmente, en el discurso de algunos pacientes se describe la **baja duración de los contratos** con los prestadores, lo que conlleva a la indefinición del prestador del servicio, a la rotación de profesionales y a la pérdida de la continuidad en el proceso diagnóstico; *“estaba demorado el tema y se necesitaba que le hicieran eso pronto, esos procesos son demorados entonces no había una Clínica disponible, para que le hicieran ese procedimiento” (Paciente 16, cáncer de pulmón).*

**En relación a las características asociadas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- de mediana y alta complejidad**, la mayoría de los entrevistados señalan **tiempos de espera prolongados para la asignación de citas con especialistas**, que atribuyen a la no disponibilidad de recurso humano y la saturación de las agendas con los profesionales, dado que en ocasiones el prestador acumula citas para efectuar la contratación de un especialista por un número reducido de horas, *“las citas con el especialista son sumamente demoradas, pasan meses completos que no hay gastroenterólogo [...] imagínate, dejan represar una cantidad de solicitudes y ahí si contratan al médico, mejor dicho, no dejarle tiempo en la agenda, ni tal vez para tomarse ni un tinto” (Paciente 03, cáncer estómago).*

Estas demoras se acentuaron **durante la pandemia de COVID-19, pues se reportaron tiempos de espera prolongados o la cancelación de citas para la realización de pruebas diagnósticas**, así como el cierre de servicios principalmente a nivel ambulatorio para la atención médica, *“si hubiera logrado que los médicos me vieran antes, y que se hubiera hecho la colonoscopia y la muestra para saber si era cáncer o no más temprano, pero no se pudo hacer todo por la pandemia” (Paciente 01, cáncer recto).* Esta situación, desde la perspectiva de los pacientes, incrementó los tiempos de espera para la confirmación diagnóstica.

En segundo lugar, emergieron dificultades en el uso de los **mecanismos de solicitud de citas**, principalmente a nivel telefónico, que afectó en gran medida a la población que reside en zonas rurales. Las fallas de conectividad y las demoras en la respuesta telefónica fueron las más reportadas *“la señal a veces allá en la vereda es muy mala, es baja, entonces ellos dicen, “no, lo llamamos y nadie contestó”, entonces se perdía esa cita que le iban a dar a uno para hacer el procedimiento” (Paciente 05, cáncer colon).*

Para la superación de las anteriores problemáticas, y ante la gravedad de signos y síntomas, varios pacientes recurrieron el ingreso a través de los servicios de **urgencias**, dada la posibilidad de contar con un diagnóstico oportuno y resolutivo sin necesidad de acudir a trámites administrativos para la autorización de los servicios, ni tiempos de espera prolongados para la atención con los especialistas *“me hospitalizaron ya por urgencias [...] y allá me atendieron rápido y me hospitalizaron, y esa misma noche me prepararon y al otro día me hicieron la colonoscopia” (Paciente 08, cáncer colon).*

En cuanto al **rol de los profesionales de la salud**, varios pacientes destacaron la disposición de los especialistas para explicar la magnitud del problema y los procedimientos que deberían llevar frente a su tratamiento; *“ella de alguna manera me asesoró, o le daba a uno una visión de la magnitud del problema” (Paciente 03, cáncer estómago y colon); “me explico pues todos los procedimientos de cómo iban hacer y pues, si me explico todo.” (Paciente 15 cáncer cuello uterino)*

Pocos testimonios refieren experiencias negativas frente a la información y comunicación del diagnóstico por parte del especialista, *“la doctora el primero de marzo, ella tampoco me dijo, “venga tiene cáncer” tampoco, entonces no sé pues como que tapan un poquito el tema” (Paciente 06, cáncer colon).*

**Finalmente**, en cuanto a las **barreras relacionadas con los pacientes** se destacó el **lugar de residencia en zonas rurales**, que se potencia con las **dificultades de transporte y la responsabilidad frente al cuidado de terceros**. La existencia de **redes de apoyo familiar** se constituyó en un facilitador en los casos en que se presenta de manera efectiva.

En cuanto al **lugar de residencia**, los pacientes de **zonas rurales**, señalan dificultades para el **transporte** hacia las instituciones de salud de mayor complejidad, debido a inadecuadas condiciones topográficas del terreno, la baja disponibilidad de rutas de transporte o las restricciones de horarios para su funcionamiento, *"son como unos 8 kilómetros de aquí allá, se desvía por la carretera que va hacia la vereda, pero no hay un servicio público, o se viene o llama y paga un expreso y como están las carreteras de mal [...] porque es que realmente no hay transporte"* (Paciente 05, cáncer colon).

Adicional a ello, una vez logran sortear las limitaciones de transporte se enfrentan con altos costos económicos para su traslado a los centros especializados *"cuando era a Bogotá sí me tocaba quedarme en Fusa, y para el transporte de ambos y la alimentación del otro día [...] eso sí nos gastábamos \$150.000 pesos y a veces semanalmente teníamos que ir hasta dos veces, tres veces"* (Paciente 11, cáncer colon).

Los costos de desplazamiento y del alojamiento en otros territorios para la realización de los exámenes, además del **cuidado de terceros**, emergen como una barrera de acceso a la atención especializada principalmente en **mujeres que residen en zonas remotas y de menores recursos económicos**, *"el hecho de ir a Bogotá es tema tiempo, transporte, mi niña ¿quién la cuida?, bueno un mundo de cosas [...] Sacrificio enorme en termino de plata, de tiempo, de comida, porque Pandi es muy lejos y bueno no hay casi rutas para ir allá, y sale muy costoso la ida porque a mí las citas me toca sacarlas temprano, cosa que yo me vaya el día anterior y me quede donde un tío, y que al otro día yo me pueda regresar, pues porque yo tengo que trabajar"* (Paciente 07 cáncer útero).

En el discurso de la mayoría de los entrevistados, la **existencia de redes de apoyo familiar surge como un elemento que facilita el acceso**, ya que se constituye en un soporte económico para la realización de pruebas diagnósticas, en los casos que le son negados o cuyos tiempos son prolongados, así como en la realización de trámites administrativos para la autorización de servicios y la solicitud de citas; y finalmente, son un soporte emocional fundamental para el afrontamiento del diagnóstico. Esta red se extiende a amigos y conocidos; *"es importantísimo el apoyo familiar, mejor dicho, si mi hermano no hubiera hecho todas estas diligencias, hubiera hecho las colas en Compensar, y hubiera hecho las autorizaciones de todos los exámenes yo no hubiera podido sola"* (Paciente 01, cáncer recto).

Solo en uno de los casos la paciente no contó con una red de apoyo familiar, lo que le afectó de manera negativa el acceso a los servicios de salud de mayor complejidad, *"él es como una persona sin sentimientos, sin corazón, sin nada, entonces yo no tengo apoyo ni de él, ni de mi hijo"* (Paciente 14, cáncer útero).

**Tabla 4. Ejemplos de citas textuales sobre barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud de mediana y alta complejidad**

<b>Barreras asociadas a las características de las aseguradoras</b>	
<b>Autorización de servicios</b>	<i>"pero para Especialista y para esta enfermedad es la autorización de la autorización y toca ir presencial" "yo me pongo en la tarea de volver autorizar la autorización, un procedimiento que no sé qué sentido tiene el médico autorice, y luego toca volver hacer otras filas, para que autoricen ahora la EPS, y luego hacer otra fila para que le asignen o le agenden una cita" "yo paso solicitando cirugía de tórax y pasan los meses y nada que le autorizan"</i> (Paciente 03, cáncer de estómago y colon)

	<i>"lógicamente tiene uno que volver otra vez a la EPS, llevar la orden médica para que ellos le generen la autorización y le digan en que IPS va hacer atendido, dependiendo de la especialidad que uno requiera" (Paciente 05, cáncer colon)</i>
<b>Compra fragmentada de servicios</b>	<i>"empezaron con el cuento otra vez del paseo... unas órdenes para Mosquera, otras órdenes para Fusa, otras órdenes para Bogotá, y les dije no, centrémonos y focalicemos todo en Bogotá, es menos desgaste económico para mí" (Paciente 06, cáncer de colon).</i>
<b>Compra de servicios fuera del territorio</b>	<i>"incluso lo mandan a uno a Girardot o a Facatativá a otros pueblitos por ahí, no y aquí a Bogotá, pero hay exámenes no sé porque lo mandan a uno a pueblitos pequeños como Girardot, bueno Girardot no es tan pequeño, pero sí son casi fuera de Cundinamarca y otros de fuera de Bogotá, allá todo eso de Facatativá y Mosquera" (Paciente 11, cáncer de colon)</i>  <i>"allá [ZIPAQUIRÁ]supuestamente entre paréntesis, hay un hospital de Tercer Nivel, no sé por qué me ha tocado acá [BOGOTÁ], entonces eso si no lo sé, porque allá hay un hospital no hace mucho tiempo está funcionando, pero allá es de Tercer Nivel, se supone que es igual acá, ¿cierto?" (Paciente 13, cáncer de mama)</i>
<b>Consecuencias de las barreras impuestas por las aseguradoras a los pacientes</b>	
<b>Interposición de mecanismos de exigibilidad jurídica</b>	<i>"yo lo mandaba de una vez a la oficina de Convida en Bogotá, o lo mandaba de una vez con copia a la Súper Intendencia [...] si yo tengo que ponerme a pelear, si tengo que ponerme hacer tutelas, derechos de petición, quejas a las Superintendencia, ¿no? en todo ese tiempo el mal que yo tengo, el problema que tengo me puede matar, ¿quién responde?, nadie, nadie, por qué porque la EPS, no es que por Ley nosotros tenemos aquí ocho días para tal cosa, y no debería ser así" (Paciente 05, cáncer de colon)</i>
<b>Búsqueda de apoyo con personas influyentes</b>	<i>"en Bogotá me están tomando un poquito el pelo al inicio, que no había agenda, que no había agenda, pero pues yo recurrí a una persona importante políticamente" (Paciente 07, cáncer de útero)</i>
<b>Pago de servicios a nivel particular</b>	<i>"para que mandaran eso, la biopsia, le toco a un hijo mío de uno de los mayores venir acá al hospital y pedir el favor, entonces tocaba particular, toco pagar como 60 mil para que hicieran el favor" (Paciente 12, cáncer gástrico)</i>  <i>"entonces la cambiaban para otro lado, pero de pronto ese sitio no existía o nunca contestaron, o no sé qué paso y nada, entonces yo me aburrí y pues reunimos y se pagó particular el examen" (Paciente 17, cáncer de estómago)</i>
<b>Búsqueda de servicios a nivel particular</b>	<i>"ellos ahí mismo realizaron todos los exámenes sin ninguna autorización ni nada, sino yo no sé ellos mismo hicieron eso, porque no me toco llevar autorización ni nada en el momento" (Paciente 15, cáncer cuello uterino)</i>  <i>"Si, fue bien, en URGENCIAS LA ATENCION (III Nivel) fue oportuna, ahí mismo tomaron los exámenes y eso fue rápido, más o menos en dos días me hicieron todos los exámenes para la remisión" (Paciente 01, cáncer de recto)</i>
<b>Barreras asociadas a los prestadores de servicios</b>	
<b>Tiempos de espera prolongados para la asignación de citas</b>	<i>"cita al Médico de Mama, entonces yo llamé y no había agenda, no había agenda para la cita me demoré y la Doctora me vino viendo cómo, no sé si fue a finales de octubre o a principios de noviembre" (Paciente 10, cáncer de seno)</i>  <i>"usted sabe cómo son esas cosas, que no hay agenda, pero van pasando, por eso pasaron esos seis meses" (Paciente 11, cáncer de colon)</i>

<b>Baja disponibilidad de recurso humano</b>	<i>"En el Cardiovascular, es feo porque eso se demora, eso no, y eso no es nada importante, no hay sino un Doctor para todos [...] Así le dicen, no hay sino un Doctor para todos, rápido entran la misma historia, el peso, la tensión y los signos vitales bien, vaya para la casa" (Paciente 09, cáncer estómago)</i>
<b>Inadecuado funcionamiento de los mecanismos de solicitud de citas</b>	<i>"yo siento que es un tema complejo, porque si una persona no tiene correo electrónico, no puede hacer ese procedimiento, entonces pierde ocho días, pierde tres días, pierde cuatro días, y este tema de cáncer eso es una lucha contra el tiempo, uno tiene que ser diligente con todo y lo más pronto posible, para poder hacer el tratamiento, porque esto a veces digamos que es una carrera contra el tiempo y del ser diligente, de hacer las cosas rápido puede depender la vida de una persona" (Paciente 16, cáncer de pulmón)</i>
<b>Cierre de servicios por pandemia del COVID-19</b>	<i>"En el recto y acá, y esta parte hacia el fondo, un dolor terrible, entonces pedí una cita en el Yanguas, me dijeron que no me podía, no estaban dando en ese momento citas así, que por la pandemia que estaban atendiendo era las personas que tenían el Covid, etc." (Paciente 08, cáncer colon).</i>
<b>Facilitadores asociados a las características   de los profesionales de la salud</b>	
<b>Interés hacia los pacientes</b>	<i>"el gastroenterólogo me envió, decían "urgentes y prioritarias", desde el momento en el que él se dio cuenta, que había algo desde hacía dos años, y no nos habíamos dado cuenta con lo de la pandemia y todo, entonces él priorizo todo" (Paciente 02, cáncer de estómago)</i>
<b>Barreras inherentes a las características de los pacientes</b>	
<b>Cuidado de terceros</b>	<i>"el hecho de ir a Bogotá es tema tiempo, transporte, mi niña ¿quién la cuida?, bueno un mundo de cosas [...] Sacrificio enorme en termino de plata, de tiempo, de comida, porque Pandi es muy lejos y bueno no hay casi rutas para ir allá, y sale muy costoso la ida porque a mí las citas me toca sacarlas temprano, cosa que yo me vaya el día anterior y me quede donde un tío, y que al otro día yo me pueda regresar, pues porque yo tengo que trabajar" (Paciente 07 cáncer útero).</i>
<b>Facilitadores asociados a las características de los pacientes</b>	
<b>Existencia de redes de apoyo familiar</b>	<i>"En ese sentido pues, estuve con mis hijos y mis hermanos, ellos me colaboraron en todo ese trámite" (Paciente 15, cáncer cuello uterino)</i>  <i>"mi mamá es todo, porque imagínese mi mamá es la que me lidia, es la que me hace los papeles, mejor dicho, con decirle que es la que me limpia el vómito cuando me hace la droga" (Paciente 17, cáncer de estómago)</i>

#### - Derivación para la indicación del tratamiento oncológico

En relación con la derivación para la indicación a tratamiento oncológico emergieron como facilitadores, a nivel organizativo, la designación de un profesional que actúa como puesto de enlace entre niveles y desde los profesionales de la salud el interés hacia la condición clínica de los pacientes.

Desde el punto de vista organizativo, algunos pacientes destacaron la existencia de un profesional, principalmente un trabajador social que desde la media complejidad actuaba como puesto de enlace al establecer comunicación con los prestadores oncológicos y las aseguradoras, agilizando los trámites de autorización de los servicios y la asignación de citas oncológicas; *"la única que nos colaboraba era la Trabajadora Social, porque mi mamá iba y le pedía el favor a ver si podía preguntar con los doctores y ella era como quien nos comunicaba [...] muy buena persona, ella si le colaboraba a uno y ella sí hizo todos los trámites" (Paciente 17, cáncer de estómago).*

Como facilitadores asociados a las características de los profesionales, varios pacientes señalaron el interés de los especialistas hacia sus casos una vez contaron con la confirmación diagnóstica de su patología, lo que les llevó a dar prioridad a los procesos de derivación y agilizar el inicio del tratamiento, “hubo unos médicos que estuvieron más pendientes de mí, me explicaban, me decían *“nosotros queremos ayudarla, queremos que los procesos acá se le hagan rápido”* (Paciente 08, cáncer colon).

**Tabla 5. Ejemplo de citas textuales sobre facilitadores para la derivación al inicio de tratamiento**

Facilitadores asociados a las características de los prestadores de servicios	
<b>Existencia de puesto de enlace</b>	<i>“la Trabajadora Social tramita, como ella había tramitado la cita, y ella sacó la cita, no es que esa señora hacía de todo, buena persona, ella me consiguió la cita y todo, entonces ellos me llevaron en ambulancia a la Samaritana a Oncolife, fui a la cita y ahí volví a la Samaritana [...] creo que fue la misma Trabajadora Social la que me logró autorizar las quimioterapias, ellas tan pronto llegaron los papeles”</i> (Paciente 16, cáncer de pulmón)
Facilitadores asociados a las características de los prestadores de servicios	
<b>Interés de los profesionales</b>	<i>“me dijo “a usted hay que internarlo ya, pero eso es de operación, estamos a tiempo de hacerlo”, y él [ESPECIALISTA] fue que me dio la orden de hospitalización”</i> (Paciente 01, cáncer recto)  <i>“han sido excelentes, la verdad no nos imaginamos que en tan poquito tiempo él estuviera operado”</i> (Paciente 02, cáncer estómago).

## Discusión

A partir de las trayectorias y experiencias de los pacientes en el uso de los servicios de salud de distinto nivel de complejidad, el estudio aporta evidencia detallada para comprender las **barreras y facilitadores del diagnóstico temprano del cáncer**, en redes públicas de servicios de salud, entendiendo la influencia que ejercen distintos actores del sistema de salud.

El presente estudio se diferencia de otras investigaciones que señalan las barreras evidenciadas en todo el continuum asistencial (23,26,29,39,40), es decir, desde la primera consulta médica y el inicio del tratamiento, sin particularizar el momento de la trayectoria en que ocurrieron. Este estudio demuestra que, si bien existen dificultades durante todo el proceso de atención. donde se concentran las mayores barreras para el diagnóstico oportuno del cáncer es precisamente en el **acceso a los servicios de salud de mediana y alta complejidad**.

Durante la **búsqueda de atención en salud**, se destacan las barreras asociadas a las características de los pacientes evidenciándose retrasos y disparidades por **condición de género, lugar de residencia y conocimientos sobre la enfermedad**. Tanto hombres como mujeres buscan tardíamente los servicios de salud. No obstante, las mujeres son quienes mayoritariamente ponen en segundo lugar su salud, ante las exigentes **condiciones laborales, la priorización de las obligaciones económicas**, la sobrecarga de tareas en el hogar y el cuidado de terceros (55).

Este hallazgo va en línea con otras investigaciones cualitativas, como la de Arrivillaga et al (26), donde se muestran las dificultades de las mujeres para delegar el cuidado mientras acceden a la atención en salud, ya que si no cuentan con una red de apoyo deben posponer el acceso a los servicios. Silvina (56) también reporta que en el caso de las mujeres con cáncer de mama la intervención de un familiar (hijas, pareja) fue determinante para la decisión de buscar atención médica. Es decir que, la presión de terceros fue lo que motivó la búsqueda de atención médica, hallazgo que concuerda con algunos de los resultados de esta investigación.

Llama la atención que, en este estudio no emergieron **patrones culturales de masculinidad** para explicar la búsqueda tardía de atención en el caso de los hombres, donde el desconocimiento de la enfermedad es quizás la principal barrera para acceder a los servicios. Estos hallazgos se diferencian de investigaciones efectuadas en otros tipos de cáncer como el de próstata (57), donde los **patrones culturales**, en el caso de los hombres, influenciaron las decisiones para la realización del tacto rectal, o la aceptación de procedimientos médicos por temor a la pérdida de su masculinidad o virilidad.

En cuanto al acceso a los servicios de salud de baja complejidad, se reporta como una de las principales barreras, relacionadas con las políticas del sector salud, la asignación de prestaciones del plan de beneficios a determinados niveles asistenciales. Al respecto, los médicos generales tienen restricciones para la **prescripción de pruebas diagnósticas**, lo que les obliga a derivar a los pacientes a un especialista aun teniendo el conocimiento y experiencia frente a su solicitud. Lo anterior, ha sido analizado en estudios previos desarrollados por algunas de las investigadoras de este estudio, donde se evidencia que este tipo de lineamientos limita la autonomía y capacidad resolutoria del médico general e imponen mayores trámites y gastos para el paciente (58)

Como elemento facilitador se destaca la **inexistencia de cuotas moderadoras** para los pacientes del régimen subsidiado (59), que en el caso de la población pobre y vulnerable contribuye a garantizar un mejor acceso a los servicios de salud. Ello guarda diferencia con otros estudios desarrollados en el país en los que se indica que la existencia de copagos y cuotas moderadoras para citas con médicos generales, así como para pruebas diagnósticas se constituyen en una limitante para la población de menores ingresos en la medida en que incrementa el gasto de bolsillo para los pacientes y sus familias (23,30).

En cuanto a las barreras inherentes a los profesionales de salud, se evidencia **desestimación de los síntomas**, fallas en la evaluación clínica y no prescripción oportuna de pruebas diagnósticas, lo que, supedita las consultas médicas al tratamiento farmacológico de los pacientes. Esta situación conlleva a la progresión del cuadro clínico que pudo haber sido controlado de manera oportuna y a derivaciones en estadíos avanzados; lo que se correlaciona con estudios como los de Yu et al., que destacan la falta de reconocimiento de los síntomas de la enfermedad por parte de los médicos como un factor determinante en el diagnóstico tardío (60).

Este hallazgo denota posibles fallas en los **procesos de formación del médico general**, y cuestiona la importancia conferida a la detección temprana del cáncer dentro de los programas de formación de pregrado (24). Al respecto, algunos estudios señalan que muchas ocasiones los pacientes han tenido que consultar en más de dos oportunidades por los mismos síntomas, lo que podría denotar el desconocimiento del médico que ofrece el primer contacto con el paciente (61).

Lo anterior, sugiere una evaluación prioritaria sobre el nivel de resolución de los profesionales, ya que varios estudios a nivel mundial, como el de Dereje et al en Etiopía (62), reportan demoras 2,6 veces mayores en el diagnóstico de los pacientes que recurrieron al nivel primario de atención versus los que recurrieron a los de alta complejidad.

Finalmente, la residencia en zonas rurales denota la existencia de **barreras geográficas** para la población, que además de superar las distancias, debe enfrentar los gastos asociados de transporte que implica el desplazamiento hasta los centros de atención. Tal situación ha sido estudiada previamente, indicando la manera como las barreras geográficas pueden ser un determinante de diagnósticos tardíos por la inasistencia oportuna a los prestadores primarios (63).

No obstante, es en el acceso a los servicios de salud de **mediana y alta complejidad**, en donde se concentran y agudizan las barreras para la confirmación diagnóstica del cáncer. Los resultados indican

que la barrera más mencionada es **el proceso autorizador**, un procedimiento que exige la intermediación por parte de la **aseguradora** para que el prestador pueda realizar y le sean reconocidos monetariamente los **procedimientos de alta complejidad**. Este hallazgo concuerda con la literatura en cáncer en Colombia, donde el itinerario burocrático obliga a los pacientes y sus cuidadores a hacer múltiples trámites administrativos para acceder a un procedimiento como la realización de exámenes diagnósticos (26,31,64).

Este proceso autorizador tiene sentido en un sistema de salud basado en la competencia, donde el cumplimiento de las normas y el control financiero determinan las condiciones para la prestación de los servicios de salud, hallazgo que también reporta Arrivillaga (26) en su estudio con mujeres de cáncer de cuello uterino. El proceso autorizador revela una desatención de las necesidades específicas de los pacientes.

Como consecuencia de los trámites, demoras y negación de procedimientos, **los pacientes** recurren a diversas estrategias para lograr acceder a la atención especializada. En primer lugar, la interposición de mecanismos de **exigibilidad jurídica** como la tutela, un hallazgo recurrente en otras investigaciones ante el retraso o negación en la prestación de servicios de alta complejidad como exámenes diagnósticos y citas con especialistas (64,65). Al respecto, un estudio de Vanegas et al (40) demuestra que, por cada 100 casos nuevos diagnosticados por año, fue necesario interponer cinco recursos legales, es decir, una tasa de cuatro tutelas por 100 casos nuevos de cáncer de piel por año (40).

Al ser el cáncer una de las patologías que más costosas resulta para el sistema de salud (66), la negación y retraso de servicios suele ser una estrategia sistemática de las aseguradoras para no asumir “el riesgo financiero” de estas patologías (67). En últimas, son las aseguradoras y en algunos casos los prestadores, quienes privilegian la rentabilidad económica sobre la respuesta a las necesidades en salud de los pacientes.

En segundo lugar, se destaca que los pacientes ingresan por **urgencias para acelerar la realización de pruebas y citas médicas de alta complejidad**, convirtiéndose en una alternativa expedita que mejora la oportunidad del diagnóstico y el inicio del tratamiento. Puigpinós-Riera et al (68) demuestran en un estudio con mujeres de cáncer de mama en Barcelona, que un bajo nivel de ingresos económicos incrementó el riesgo de uso de urgencias y de atención primaria, hallazgo en concordancia con este estudio, donde la población del régimen subsidiado suele ser la más vulnerable y con menor capacidad económica.

Lo anterior, trae como consecuencia directa un retraso en la oportunidad del diagnóstico temprano, ya que los pacientes suelen llegar a urgencias con síntomas avanzados y, en el peor de los casos, un estadio tumoral avanzado se asocia a un mayor riesgo en el momento del ingreso (68).

En tercer lugar, los pacientes recurren al **pago de servicios de salud** a nivel particular para la realización de **exámenes diagnósticos o consultas especializadas** como alternativa para agilizar la confirmación del diagnóstico y dar inicio oportuno al tratamiento. Estos gastos, han sido reportados por otras investigaciones desarrolladas en Colombia (26,31) Argentina (69) y Reino Unido (60).

Otras de las barreras más referidas por los pacientes fue la **fragmentación de los servicios**, donde la aseguradora **designa múltiples prestadores para la realización de pruebas diagnósticas y citas con especialistas**. La designación de varios prestadores se hace con un fin económico buscando un **menor valor tarifario** (26), desincentivando con ello el uso de los servicios por parte de los pacientes dado el incremento que se les presenta en el número de trámites, gastos de transporte y traslados fuera del territorio.

Estudios desarrollados en países de bajos ingresos, como Etiopía, también encontraron asociación entre el número total de visitas a diferentes establecimientos de salud y un aumento en las demoras en el diagnóstico, reportándose diagnósticos tardíos hasta de 97 días (62). Allahqoli et al (70) reporta retrasos 3 veces mayores entre las pacientes que visitaron más de cuatro establecimientos de salud, para lograr la confirmación del diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

De igual manera, se destaca la compra de servicios fuera del territorio para acceder a la atención de alta complejidad, que genera repercusiones negativas como gastos adicionales de bolsillo, mayores tiempos de traslado y uso de un mayor número de transportes (28). Estas dificultades se exacerban en las mujeres que residen lejos del centro de salud especializados pues requieren mayor tiempo y dinero para el acceso, hallazgo que ha sido reportado por otros estudios en donde las mujeres que residían en zonas rurales enfrentaban mayores dificultades para acceder a los servicios de salud (26).

En cuanto a las barreras de los prestadores, la no disponibilidad de agenda se ha atribuido, generalmente, a la insuficiencia de profesionales especializados, sin embargo, esta investigación demuestra que suele ser una estrategia orientada a la rentabilidad económica de los prestadores, para reducir costos en la contratación de estos profesionales. El prestador satura la agenda del especialista para acumular la mayor cantidad de citas y así efectuar su contratación por un número reducido de horas. Esto responde a la tensión financiera entre los proveedores de atención médica y las aseguradoras (31) donde los intereses económicos priman sobre las urgencias y padecimientos de las personas (71).

Adicionalmente, se evidencian **problemas** con los **mecanismos de solicitud de citas** principalmente a nivel telefónico, que impacta en mayor medida a la población que reside en zonas rurales. Las fallas de conectividad y las demoras en la respuesta telefónica fueron las más reportadas por los pacientes, hallazgos que guardan correspondencia con otras investigaciones de cáncer de mama (29) y cuello uterino (9,27,31). Como consecuencia, las personas deben disponer de largas jornadas para insistir telefónica y presencialmente en el agendamiento de una cita, desafíos evidenciados en estudios internacionales como Reino Unido (72) donde mujeres tanto blancas como negras deben sortear un sin número de barreras para el agendamiento de citas.

Ante la coyuntura de la **emergencia sanitaria**, también se reportaron demoras y cancelación de servicios especializados, lo que comprometió la detección y confirmación diagnóstica del cáncer. Ante la priorización a pacientes con Covid 19, los servicios de prevención se aplazaron gravemente, incrementando las disparidades en salud, sobre todo en mujeres vulnerables (73). La situación de la pandemia afectó la detección precoz, el tratamiento, los exámenes de control y el seguimiento de los pacientes, reportándose una disminución importante del número de procedimientos diagnósticos digestivos, de imágenes, citológicos, quirúrgicos, de tratamiento sistémico, consultas e interconsultas oncológicas (74,75).

En la mayoría de los pacientes se evidenció una **red de apoyo familiar como un facilitador** imprescindible en los procesos económicos, administrativos y de enfrentamiento emocional. En la literatura también se destaca como facilitador la existencia de esta red de apoyo para los estudios en cáncer de mama (33) y cuello uterino (39) sobre todo en el proceso de tratamiento y cuidado paliativo (76). Este hallazgo se diferencia de otras investigaciones cualitativas al incorporar la experiencia de la población con distintos tipos de cáncer en Cundinamarca, además de evaluar las barreras a lo largo de la trayectoria asistencial.

De manera contraria, la ausencia de una red de apoyo deteriora rápidamente el estado de salud del paciente, empeorando su calidad de vida al tener que lidiar con los trámites, citas y no menos importante su proceso emocional (26).

Finalmente, en cuanto a la **derivación para la indicación a tratamiento**, se reporta una percepción positiva de los tiempos de espera al considerarse expeditos. En este sentido, se destaca de una parte, el interés de los especialistas para garantizar la celeridad en el proceso, hallazgo reportado en algunos estudios en cáncer, pero en cuidados paliativos (76), así como la existencia de una figura de enlace que favorece la comunicación con aseguradoras y prestadores oncológicos, disminuyendo los tiempos de espera para la atención. Estudios previos, denotan la importancia del establecimiento de mecanismos de navegabilidad orientados al paciente y su familia que contribuyen a la superación de las barreras administrativas para el proceso diagnóstico o la atención del paciente oncológico (77).

## **Conclusiones y recomendaciones**

Se identificaron importantes barreras para el acceso al diagnóstico oportuno del cáncer en las áreas analizadas. En la baja complejidad se destacan las fallas en la capacidad resolutive atribuida a los déficits en la formación, al desinterés de los profesionales de salud y a las restricciones que impone el sistema de salud a los médicos generales para la prescripción de pruebas diagnósticas; en tanto que, en la media y alta complejidad, son las características organizativas de los servicios, con el déficit de recursos especializados y el diseño de estrategias de control de la atención por parte de las aseguradoras, las principales barreras a las que se enfrenta la población. Estas barreras afectan en mayor medida a la población más pobre y vulnerable, que se encuentra en una lucha contra el tiempo para lograr la confirmación diagnóstica del cáncer.

Fueron pocos los facilitadores identificados en el proceso del diagnóstico del cáncer, para los servicios de baja complejidad la inexistencia de cuotas moderadoras para la población afiliada al régimen subsidiado, en tanto que en la media y alta complejidad el interés de los especialistas por los casos de los pacientes, la celeridad otorgada a su manejo y la claridad de información proporcionada sobre el diagnóstico y manejo de su enfermedad. Como factor organizativo se destaca la existencia de una figura de enlace entre niveles de complejidad, para agilizar los procesos de derivación.

La identificación de las barreras para el acceso oportuno a la confirmación diagnóstica del cáncer denota la importancia de establecer acciones que mejoren la capacidad resolutive de los profesionales de la baja complejidad, así como el desarrollo de estrategias informativas orientadas al paciente y sus familias para la superación de las barreras, logrando una mejor navegabilidad dentro del sistema de salud.

## **Limitaciones del estudio**

Este estudio no se puede generalizar pues sus hallazgos se limitan a un área geográfica específica que suele tener mejores cifras en acceso y salud que otras regiones en Colombia. Sin embargo, son un aporte indispensable para comprender las barreras y facilitadores en la detección temprana de los cánceres priorizados.

De igual manera, el deterioro de salud o los déficits de memoria que presentan los pacientes con cáncer posterior a su tratamiento oncológico pudo llevar a dificultades para recordar las barreras presentadas en un momento específico de su trayectoria asistencial.

Finalmente, la emergencia sanitaria influyó inevitablemente en los tiempos de diagnóstico, reportándose demoras de hasta 2 años en algunos de los pacientes entrevistados.

## Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## Agradecimientos

A las Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del departamento de Cundinamarca que dieron su respaldo para la realización del estudio y de manera especial a los/las pacientes, que generosamente compartieron su tiempo, dando a conocer sus trayectorias asistenciales, experiencias personales y familiares en relación con el acceso al diagnóstico del cáncer.

## Financiamiento

Este proyecto ha recibido financiación del programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea bajo el acuerdo de subvención N° 965226 de la convocatoria SC1-BHC-17-2020, Alianza Global para las Enfermedades Crónicas - Prevención y/o diagnóstico precoz del cáncer.

## Referencias

1. International Agency for Research on Cancer. Global Cancer Observatory. 2023 [citado el 3 de octubre de 2021]. Global Cancer Observatory. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
2. Organización Panamericana de (apellido). Organización Panamericana de la Salud. 2023 [citado el 14 de mayo de 2023]. Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2023-por-unos-cuidados-mas-justos>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre los resultados de la OMS presupuesto por programas 2018-2019. Examen a mitad de periodo [Internet]. 2019 p. 96. Report No.: A72/35. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328788>
4. World Health Organization; Proyecto de estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública [Internet]. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-sp53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a.pdf?sfvrsn=b8690d1a\\_22](https://www.who.int/docs/default-source/cervical-cancer/cervical-cancer-elimination-strategy-sp53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a53cc141d3daf48f3a20ce8dbca56450a.pdf?sfvrsn=b8690d1a_22)
5. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin DM, Piñeros M, et al. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. Int J Cancer [Internet]. el 15 de abril de 2019;144(8):1941–53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30350310/>
6. Ferlay J, Ervik M, Colombet M, Mery L, Piñeros M. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. Lyon: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2021. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>

7. DeVita V, Lawrence T, Rosenberg S. Cancer: principles and Practice of Oncology, 12th Edition [Internet]. 12a ed. 2023 [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.wolterskluwer.com/en/know/cancer-principles-and-practice-of-oncology>
8. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey [Internet]. World Health Organization; 2020 [citado el 19 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331452>
9. Jiménez DNP, Montañó KNT, Rentería MLC, Castillo JLR. Tamización de oportunidad para cáncer de cuello uterino en Bogotá: Estudio de caso en el Centro de Prevención y Diagnóstico temprano (CPreD) del Instituto Nacional de Cancerología- Colombia. Rev Colomb Cancerol [Internet]. el 26 de septiembre de 2022 [citado el 26 de marzo de 2023];26(3):294–305. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/768>
10. Maffuz-Aziz A, Almendaro SL, Sherwell-Cabello S, Ruvalcaba-Limón E, Domínguez-Reyes CA, Tenorio-Torres JA, et al. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. Ginecol Obstet México [Internet]. el 15 de julio de 2017 [citado el 20 de marzo de 2023];84(08):498–506. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73121>
11. Montoya-González MC, Arias-Ortiz NE, Arboleda-Ruiz WA. Incidencia, mortalidad y supervivencia por cáncer de endometrio en Manizales, Colombia 2003-2017. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. el 1 de abril de 2022 [citado el 20 de marzo de 2023];38:562–8. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2021.v38n4/562-568/es/>
12. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al. Ovarian cancer statistics, 2018. CA Cancer J Clin [Internet]. 2018 [citado el 29 de mayo de 2023];68(4):284–96. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21456>
13. Pardo C, de Vries E. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología (INC). Rev Colomb Cancerol [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 21 de mayo de 2023];21(1):12–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-supervivencia-global-pacientes-con-cancer-S0123901517300082>
14. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. el 19 de abril de 2010 [citado el 20 de marzo de 2023]; Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=39368>
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1419 de 2013 por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones. 2013; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1419-de-2013.pdf>
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. 2018; Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

17. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública* [Internet]. agosto de 2002 [citado el 17 de agosto de 2023];18:905–25. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KPt8R5JmZtJk6Sy7rbwZwGs/>
18. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993 [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
19. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. el 9 de enero de 2007; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
20. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. el 19 de enero de 2011 [citado el 15 de marzo de 2023]; Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2022: Colombia pobreza y condiciones de vida. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://microdatos.dane.gov.co/index.php/home>
22. de Vries E, Buitrago G, Quitian-Reyes H, Wiesner C, Castillo JS. Access to cancer care in Colombia, a middle-income country with universal health coverage. *J Cancer Policy Vol 15 Part B* 2018 [Internet]. el 17 de enero de 2018 [citado el 17 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/47867>
23. Uribe P CJ, Amado N AM, Rueda P AM, Mantilla V LY, Uribe P CJ, Amado N AM, et al. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Rev Colomb Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado el 13 de octubre de 2021];34(1):17–22. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-99572019000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-99572019000100017&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
24. Piñeros M, Sánchez R, 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):8.
25. 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. *Rev Gerenc Políticas Salud* [Internet]. diciembre de 2014 [citado el 31 de mayo de 2023];13(27):200–11. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-70272014000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
26. Arrivillaga M, Ruiz DM, Medina M. Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. el 7 de noviembre de 2019 [citado el 17 de octubre de 2021];18(37):1–20. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/27858>

27. Molina-Berrío DP, Ramos-Jaraba SM, Garcés-Palacio IC, Molina-Berrío DP, Ramos-Jaraba SM, Garcés-Palacio IC. Experiencias en la atención en salud de mujeres con anomalías citológicas o cáncer de cuello uterino en dos departamentos fronterizos: una lucha entre la vida y el sistema de salud colombiano. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. agosto de 2021 [citado el 26 de marzo de 2023];39(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-386X2021000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2021000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
28. Sánchez V. G, Laza V. C, Estupiñán G. C, Estupiñán G. L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado el 28 de septiembre de 2021];32(3):305–13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2014000300005&script=sci_abstract&tlng=es)
29. Giraldo CV, Ceballos GGY. Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama. *Forum Qual Soc Res* [Internet]. 2011 [citado el 28 de septiembre de 2021];12(2):1–29. Disponible en: [https://redcol.minciencias.gov.co/vufind/Record/UDEA\\_771b6eac7b4d13a0a1206d2d06e69528](https://redcol.minciencias.gov.co/vufind/Record/UDEA_771b6eac7b4d13a0a1206d2d06e69528)
30. de Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. octubre de 2008 [citado el 4 de noviembre de 2021];10(4):571–82. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-00642008000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642008000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
31. Vries E, Buitrago G, Quitian H, Wiesner C, Castillo JS. Access to cancer care in Colombia, a middle-income country with universal health coverage. *J Cancer Policy* [Internet]. el 1 de mayo de 2018 [citado el 18 de abril de 2022];15:104–12. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/47867>
32. Palacio IG, Buelvas AR. Barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en Colombia: una revisión narrativa. *Investig Andina* [Internet]. 2016 [citado el 26 de marzo de 2023];18(33):1647–64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2390/239053104004/html/>
33. Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R. Patient delay among Colombian women with breast cancer. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2009;51(5):372–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19936550/>
34. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2007 [citado el 4 de agosto de 2023];13–22. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/revistas/2007/pub1/3.Determinantes%20psicol%20gicos,%20clnicos%20y.pdf>
35. Martínez-Pérez DC, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Hernández-Herrera GN, Rivas-Bedoya Y, García-García HI, et al. Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. abril de 2020 [citado el 24 de junio de 2023];71(2):87–102. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342020000200087&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342020000200087&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

36. Aguirre-Acuña A, Chacón-Chacón H, Arnedo-Franco G, Siado-Figueroa M, Alcocer-Olaciregui A, Vargas-Moranth R, et al. Sobrevida según oportunidad en la atención del cáncer de mama en un centro del caribe colombiano. *Gac Mex Oncol* [Internet]. septiembre de 2022 [citado el 16 de abril de 2023];21(3):81–8. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2565-005X2022000300081&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2565-005X2022000300081&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
37. Chocontá-Piraquive LA, Alvis-Guzman N, De la Hoz-Restrepo F. How protective is cervical cancer screening against cervical cancer mortality in developing countries? The Colombian case. *BMC Health Serv Res* [Internet]. el 16 de septiembre de 2010 [citado el 4 de noviembre de 2021];10(1):270. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-270>
38. Pulido L, Castro J, González J, Cachope A, Veloza D, Prieto Bocanegra B. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino. *Investig En Enferm Imagen Desarro* [Internet]. el 16 de mayo de 2017;19:129. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145251406010>
39. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anomalía citológica de cuello uterino, en Colombia. *Rev Salud Pública* [Internet]. febrero de 2010 [citado el 16 de abril de 2023];12(1):1–13. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0124-00642010000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642010000100001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
40. Vanegas GS, Restrepo FD la H, Abadía C, Nova J, López E. Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. *Rev Salud Pública* [Internet]. el 1 de septiembre de 2013 [citado el 24 de junio de 2023];15(5):671–83. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38165>
41. Organización Mundial de la Salud. Marco de aplicación de la iniciativa mundial contra el cáncer de mama: evaluación, fortalecimiento y expansión de los servicios de detección precoz y tratamiento del cáncer de mama: resumen ejecutivo [Internet]. 2023 [citado el 4 de agosto de 2023]. 16 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365790>
42. The Economist Intelligence Unit. Medidas globales de financiación para eliminar el cáncer de cuello uterino: financiación de servicios de prevención secundaria en países con bajos recursos [Internet]. 2021. Disponible en: [https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/\\_eiu\\_uicc\\_global\\_action\\_on\\_financing\\_cervical\\_cancer\\_elimination\\_spanish\\_0331.pdf](https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/_eiu_uicc_global_action_on_financing_cervical_cancer_elimination_spanish_0331.pdf)
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 [Internet]. 2022 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031-may2022.pdf>
44. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. Ruta Integral de Atención en Salud cáncer de cuello uterino [Internet]. 2016 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta\\_integral\\_cuellouterino.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta_integral_cuellouterino.aspx)
45. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, Banco Interamericano de Desarrollo. Ruta Integral de Atención en Salud para cáncer de mama

- [Internet]. 2016 [citado el 4 de agosto de 2023]. Disponible en:  
[https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta\\_integral\\_mama.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta_integral_mama.aspx)
46. Pardo C, Vries E, Buitrago L, Gamboa O. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia [Internet]. 2017. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/ATLAS\\_de\\_Mortalidad\\_por\\_cancer\\_en\\_Colombia.pdf](https://www.ins.gov.co/TyS/programas-de-calidad/Documentos%20Programa%20EEDDCARIO/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf)
  47. Heidegger M. Husserl Edmund la idea de la fenomenología. 2016 [citado el 16 de abril de 2023]; Disponible en:  
[https://www.academia.edu/43628850/Husserl\\_Edmund\\_La\\_idea\\_de\\_la\\_fenomenologia](https://www.academia.edu/43628850/Husserl_Edmund_La_idea_de_la_fenomenologia)
  48. Macías G. Metodología para la Investigación Cualitativa Fenomenológica y/o Hermenéutica. Revista Latinoamericana de psicoterapia existencial: un enfoque comprensivo del ser [Internet]. 2018; Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/publication/329130473\\_Metodologia\\_para\\_la\\_Investigacion\\_Cualitativa\\_Fenomenologica\\_yo\\_Hermeneutica\\_Palabras\\_claves\\_Metodologia\\_para\\_la\\_Investigacion\\_Cualitativa\\_Fenomenologica\\_yo\\_Hermeneutica](https://www.researchgate.net/publication/329130473_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica_Palabras_claves_Metodologia_para_la_Investigacion_Cualitativa_Fenomenologica_yo_Hermeneutica)
  49. Walter F, Webster A, Scott S, Emery J. The Andersen Model of Total Patient Delay: a systematic review of its application in cancer diagnosis. J Health Serv Res Policy [Internet]. abril de 2012 [citado el 26 de marzo de 2023];17(2):110. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3336942/>
  50. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res [Internet]. 1974;9(3):208–20. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
  51. Bustos García N, Asamblea Departamental de Cundinamarca. Plan Departamental de desarrollo 2020-2024 [Internet]. 2020. Disponible en:  
<http://cundinet.cundinamarca.gov.co/portal/planeacion/documentos/plan-de-desarrollo-interactivo.pdf>
  52. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2021 [Internet]. 2021. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf>
  53. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Información Censo nacional de población y vivienda 2018 [Internet]. 2018. Disponible en:  
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
  54. Vázquez L, Ferreira R, Mogollón A, Fernandes J, Delgado E, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud [Internet]. Programa Editorial Universidad del Valle; 2011 [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en:  
<https://www.jstor.org/stable/j.ctv14nphn0>
  55. Saavedra L. Género y salud: estudio sobre la doble jornada laboral en las mujeres y su relación con el autocuidado de su salud. En Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2017 [citado el 28 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-067/714>

56. Silvina R, Cecilia S, María V, Cecilia A, Marcela S, Verónica P, et al. Barreras y facilitadores en las trayectorias de mujeres con Cáncer de Mama usuarias de Hospitales Públicos. *Rev Argent Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado el 28 de septiembre de 2021];9(36):14–21. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen36/14-21.pdf>
57. Almeida ÉS, Souzas R, Dos-Santos EM. “Afectados por el tacto”: sentidos atribuidos por hombres a las prácticas de prevención del cáncer de próstata. *Salud Colect* [Internet]. el 27 de marzo de 2020 [citado el 24 de julio de 2023];16:e2176. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2176/>
58. Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil: Estudio de casos [Internet]. 1a ed. Editorial Universidad del Rosario; 2018 [citado el 23 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv11wjq1>
59. Presidente de la República, Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1652 de 2022 por el cual se adiciona el Título 4 a la parte 10 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a la determinación del régimen aplicable para el cobro de pagos compartidos o copagos y cuotas moderadoras a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2022 [citado el 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=192809>
60. Yu CK, Chiu C, McCormack M, Olaitan A. Delayed diagnosis of cervical cancer in young women. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol* [Internet]. mayo de 2005;25(4):367–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16091322/>
61. Macleod U, Mitchell ED, Burgess C, Macdonald S, Ramirez AJ. Risk factors for delayed presentation and referral of symptomatic cancer: evidence for common cancers. *Br J Cancer*. el 3 de diciembre de 2009;101 Suppl 2(Suppl 2):S92–101.
62. Dereje N, Addissie A, Worku A, Assefa M, Abraha A, Tigeneh W, et al. Extent and Predictors of Delays in Diagnosis of Cervical Cancer in Addis Ababa, Ethiopia: A Population-Based Prospective Study. *JCO Glob Oncol* [Internet]. febrero de 2020;6:277–84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109158/>
63. Scoggins JF, Fedorenko CR, Donahue SMA, Buchwald D, Blough DK, Ramsey SD. Is distance to provider a barrier to care for medicaid patients with breast, colorectal, or lung cancer? *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc*. enero de 2012;28(1):54–62.
64. Buffa R, Agejas G, Ain L, Barchuk S, Conde I, Yoshida M, et al. Estudio de las barreras de acceso y su impacto sobre la demora en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Revista Argentina de Mastología* [Internet]. 2013;21. Disponible en: [https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2013\\_v32\\_n115/Estudio\\_de\\_las\\_barreras\\_m15.pdf](https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2013_v32_n115/Estudio_de_las_barreras_m15.pdf)
65. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factores asociados con el tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Bioméd Rev Inst Nac Salud* [Internet]. 2015 [citado el 28 de septiembre de 2021];35(4):2–23. Disponible en: <http://ez.urosario.edu.co/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=110585639&lang=es&site=eds-live&scope=site>
66. Plazas-Gómez CV, Moreno-Guzmán DM. Impacto económico de las acciones de las acciones de tutela en Colombia. *Vniversitas* [Internet]. diciembre de 2017 [citado el 5 de agosto de 2023];(135):325–76. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0041-90602017000200325&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0041-90602017000200325&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

67. Sanz C. Ordinary crisis: cancer care, tutelas and the outsourcing of ethics in neoliberal Colombia. *Bol Antropol* [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2023];36(61):93–116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/557/55768425007/movil/>
68. Puigpinós-Riera R, Gómez AC, Morales AR, Aller M, Castells X, Sala M. Determinantes sociales y clínicos del uso de servicios sanitarios en mujeres con cáncer de mama (Cohorte DAMA). *Gac Sanit* [Internet]. el 27 de enero de 2020 [citado el 5 de agosto de 2023];33:434–41. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/ga/2019.v33n5/434-441/es/>
69. Ramos S, Tamburrino MC, Aguilera A, Capriatti A, Lehner P, Peña L. Significaciones culturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer colorrectal, de mama y de cuello de útero: un estudio sociocultural para orientar la política comunicacional de los programas de prevención. *Man Guías Inst Nac Cáncer 2013* [Internet]. 2013 [citado el 5 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4236>
70. Allahqoli L, Dehdari T, Rahmani A, Fallahi A, Gharacheh M, Hajinasab N, et al. Delayed cervical cancer diagnosis: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* [Internet]. noviembre de 2022;26(22):8467–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36459029/>
71. Tovar MT. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde Em Debate* [Internet]. 2008 [citado el 9 de enero de 2022];32(78-79–80):207–19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773021>
72. Forbes LJJ, Atkins L, Thurnham A, Layburn J, Haste F, Ramirez AJ. Breast cancer awareness and barriers to symptomatic presentation among women from different ethnic groups in East London. *Br J Cancer* [Internet]. el 8 de noviembre de 2011;105(10):1474–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21989188/>
73. Sollozo-Dupont I, Galván-Espinoza HA, Castillo-López JP, Benítez-López EO, Rocha-Nava SL, Villaseñor-Navarro Y. Impacto de la pandemia de Covid-19 en el tamizaje de cáncer de mama y algunas estrategias para actuar pronto y seguro. *Salud Pública México* [Internet]. el 10 de junio de 2022 [citado el 5 de agosto de 2023];64(3):333–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=105722>
74. Miranda-Olivares JP, Lira-Correa MT, Bermúdez-Valenzuela J, Celedón-Porzio F. Impacto de la pandemia por coronavirus (SARS-CoV-2) en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos. *Rev Chil Salud Pública* [Internet]. el 27 de octubre de 2021 [citado el 5 de agosto de 2023];25(1):96–104. Disponible en: <https://revistachilenahumanidades.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/65200>
75. Mazidimoradi A, Hadavandsiri F, Momenimovahed Z, Salehiniya H. Impact of the COVID-19 Pandemic on Colorectal Cancer Diagnosis and Treatment: a Systematic Review. *J Gastrointest Cancer* [Internet]. marzo de 2023;54(1):171–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34843058/>
76. Uribe Pérez CJ, Niño AMA, Patiño AMR. Barreras para el tratamiento paliativo de adultos con cáncer gástrico. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. el 1 de enero de 2017 [citado el 13 de octubre de 2021];21(1):55. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-barreras-el-tratamiento-paliativo-adultos-S012390151730029X>

77. Perez-Bustos AH, Orozco-Urdaneta M, Erazo R, Cordoba-Astudillo P, Gallo D, Muñoz-Zuluaga C, et al. A patient navigation initiative to improve access to breast cancer care in Cali, Colombia. *Cancer Rep Hoboken NJ*. septiembre de 2022;5(9):e1564.