

Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama

Clara Victoria Giraldo & Grey Yuliet Ceballos G.

Palabras clave:
cáncer de mama;
barreras del
sistema;
empoderamiento;
agencia

Resumen: El actual sistema de de salud colombiano contiene muchas barreras que retrasan el diagnóstico oportuno y el tratamiento de cáncer de mama. Muchas mujeres no reconocen estas barreras o no entienden que pueden cambiarlas. Ellas piensan que el sistema de salud es inmodificable, las mujeres todavía carecen de la educación básica para identificar y navegar por el sistema de salud y superar las barreras inherentes, para que ellas puedan recibir la atención médica de calidad que merecen. Nosotras llamamos a este fenómeno "normalización de las barreras del sistema de salud". Nuestro estudio busca, comprender las barreras reales y percibidas que impiden a las mujeres que viven en Medellín, Colombia recibir el diagnóstico y tratamiento oportuno para el cáncer de mama. Se trata de un estudio cualitativo, que utiliza el enfoque Straussiano de la Teoría Fundamentada, en el que participaron 13 mujeres, entre 24 y 77 años de edad. Todas las participantes provenían de diferentes condiciones socioculturales y económicas, de acuerdo a los criterios de máxima variación de PATTON. Los datos fueron analizados utilizando el software Atlas.ti. El análisis identificó dos fenómenos: 1. la existencia de barreras en el complejo sistema de salud colombiano y, 2. la voluntad de las mujeres entrevistadas para aceptar un nivel más bajo de atención de salud como algo normal. Nosotras instamos a que las mujeres se empoderen y desafíen el "status quo" con el fin de salvar sus propias vidas y las vidas de muchas otras mujeres a través del diagnóstico y tratamiento temprano. Una vez que este paradigma de la "normalización de las barreras del sistema de salud" se rompa, las mujeres podrán mejorar su calidad de vida al ser capaces de tomar decisiones más sabias acerca de cómo navegar con éxito en el sistema de salud y ser capaces de seleccionar los proveedores de atención de salud por sí mismas.

Índice

- [1. Introducción](#)
- [2. Participantes y métodos](#)
- [3. Resultados](#)
 - [3.1 Condiciones causales: Sistema de salud colombiano](#)
 - [3.2 El fenómeno: Normalización de las barreras](#)
 - [3.3 Condiciones intervinientes](#)
 - [3.3.1 Estatus de afiliación](#)
 - [3.3.2 Papel del personal de salud](#)
 - [3.3.3 Información sobre la enfermedad](#)
 - [3.4 Estrategias de acción intervención](#)
 - [3.4.1 Mecanismos legales de defensa para garantizar el acceso a los servicios de salud](#)
 - [3.4.2 Pertenencia a grupos de apoyo](#)
 - [3.5 Consecuencias](#)
 - [3.6 Búsqueda de alternativas de atención no tradicional](#)
 - [3.7 Presentación de resultados a las participantes](#)

[4. Discusión](#)

[4.1 Barreras en el sistema de salud](#)

[4.2 Relación médico paciente](#)

[4.3 Normalización de las barreras y empoderamiento](#)

[5. Conclusiones](#)

[6. Alcances y limitaciones](#)

[Referencias](#)

[Autoras](#)

[Cita](#)

1. Introducción

Por su magnitud, los costos médicos crecientes, las muertes prematuras y la pérdida de años productivos de vida, en Colombia el cáncer de mama es un problema de salud pública (RIVERA 2005; MINISTERIO DE SALUD 2000), político, médico, social, psicológico y económico (RIVERA 2005). Según la Breast Health Global Initiative o Iniciativa Mundial de Salud de la Mama de la Organización Panamericana de la Salud (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION 2006) el cáncer de mama es un problema urgente de salud pública en regiones de grandes recursos y se está convirtiendo en un problema cada vez más urgente en las regiones de escasos recursos. Cada año se diagnostica el cáncer de mama en más de 1.1 millones de mujeres, estos casos representan un 10% de todos los casos nuevos de cáncer. Las defunciones por esta causa son más de 410.000 anualmente, constituyendo el 1.6% de todas las defunciones mundiales entre las mujeres (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION 2006). [1]

En América Latina y el Caribe en el año 2002, el cáncer de mama causó la muerte de 83 mujeres por día (ROBLES & GALANIS 2002). La mortalidad para Colombia en el año 2002 según el Instituto Nacional de Cancerología, fue de 9.2 por cada 100.000 mujeres (INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA 2002). En Antioquia en el año 2003, la mortalidad fue de 10.8 por 100.000 mujeres según el registro poblacional de cáncer en Antioquia (DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA 2005). [2]

Autoridades nacionales como el Instituto Nacional de Cancerología e internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del programa Breast Health Global Initiative (BHGI) se han preocupado por disminuir las crecientes cifras. Según la OMS, cuando se dispone de las pruebas e instalaciones necesarias, el tamizaje de mujeres en apariencia sanas, puede revelar la presencia de estadios tempranos o precursores de neoplasias malignas, lo que puede ser sumamente eficaz para un tratamiento oportuno (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2006). [3]

Según la Resolución 00412 de 2000 del MINISTERIO DE SALUD Colombiano, la detección temprana del cáncer de mama se debe realizar en mujeres mayores

de 20 años, mediante la educación para el auto-examen de mama y para las mujeres mayores de 50 años la realización del examen clínico en la consulta médica o ginecológica y la mamografía (MINISTERIO DE SALUD 2000). [4]

En ocasiones, se descuida la prevención primaria, el descubrimiento temprano y los cuidados paliativos para dar preferencia a enfoques orientados al tratamiento, independientemente de su eficacia real en función de los costos o de una mejor calidad de vida de las pacientes. La ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) conceptúa que esto obedece a la falta de conocimiento, de voluntad política y de la consiguiente capacidad nacional para formular políticas y poner en práctica programas. [5]

Aunque existe una gran presión epidemiológica por la incidencia del cáncer de mama, la detección precoz, estrategia más importante para cambiar estos perfiles, no se da en la magnitud en que los expertos y los legisladores esperan. [6]

Según Jan ANGUS, Karen LEE-MILLER, Tammy PULFER y Patricia McCKEEVER (2006), los resultados expuestos por esos autores, sobre las tardanzas en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama, reconocen sólo dos categorías de actores o agentes: el paciente, los proveedores y un conjunto de estructuras que es el sistema de asistencia médica. [7]

Nosotras buscamos comprender el fenómeno de las barreras en mujeres con cáncer de mama y nos preguntamos, ¿cuál es la naturaleza de estas barreras en Medellín, qué impide que las mujeres afectadas accedan a servicios y tratamiento adecuado y oportuno que aumente su probabilidad de sobrevivencia? Para responder esta pregunta, se utilizó la siguiente metodología. [8]

2. Participantes y métodos

Esta investigación es clasificada como una investigación sin riesgo para las participantes, de acuerdo a la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, en tanto se plantean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada, de las variables biológicas, fisiológicas, sicologías o sociales de los individuos que participan en el estudio diferentes a las propias de una entrevista médica (MINISTERIO DE SALUD 1993), es claro para las investigadoras que hablar de una enfermedad como el cáncer, puede renovar sentimientos de dolor y angustia, que no obliga a establecer mayor empatía con los mujeres y demostrar que ellas nos preocupan como seres humanos y no somos indiferentes a su dolor. [9]

Es importante mencionar que ninguna de las mujeres convocadas en el estudio, se reusaron a participar o responder alguna de las preguntas, también tuvimos el cuidado de no incluir en el estudio mujeres que tuvieran un estado de salud muy deteriorado. [10]

Fue desarrollado un formato de consentimiento informado para la participación en el estudio, el cual todas diligenciaron voluntariamente, se les explico previamente el tipo de investigación, los objetivos, el propósito de esta y los posibles beneficios y riesgos derivados de la participación. [11]

En la recolección de la información a través de la entrevista semiestructurada en profundidad (ARKSEY & KNIGHT 1999), las investigadoras procuramos que los encuentros con las participantes se dieran en lugares que para ellas fueran cómodos, y representaran privacidad (MORSE & FIELD 1995), a si que los encuentros según la preferencia de las mujeres se desarrollaron en las casas, la universidad y en centro comerciales. La información fue presentada, según sus propias palabras, en una conversación cotidiana, permitiendo que la entrevistada diera cuenta de los sucesos mediante una descripción detallada (STRAUSS & CORBIN 2002), esto fue posible gracias a la transcripciones textuales de las entrevistas para respaldar los significados e interpretación presentados en los resultados del estudio, una vez realizada la transcripción de las entrevistas se inicio la codificación abierta, analizando línea por línea, buscando extraer los significados apuntados por ellas Según Silvia Elena CASSIANI y María Cecilia ALMEIDA (1999). [12]

Nuestra obligación ética para con ellas, es dar a conocer de forma masiva las vivencias de estas mujeres para que otras puedan tomar como referente estas experiencias, en sus vivencias o las personas que están a su alrededor. Para preservar la identidad de las participantes del estudio se utilizaron nombres ficticios a la hora de referirnos a las experiencias y testimonios (MINISTERIO DE SALUD 1993). [13]

Esta investigación responde a un desarrollo metodológico con enfoque desde la Teoría Fundamentada Straussiana (STRAUSS & CORBIN 1998), sin embargo para nosotras es importante establecer con mayor claridad este enfoque, pues para todos es conocido que existen en la actualidad diferentes posturas sobre la teoría; además es necesario dejar explicito que nuestra perspectiva teórica acoge todas las premisas del interaccionismo simbólico, asumimos el mundo como una representación simbólica, que es creado y recreado a través de la interacción (BLUMER 1969), donde no es fácil hacer una división entre el mundo interior y exterior. Para nosotras al igual que Juliet CORBIN y Anselm STRAUSS, es importante capturar la variedad de acciones humanas interacciones y respuestas emocionales que la gente tiene frente a los eventos y problemas que enfrentan (CORBIN & STRAUSS 2008). [14]

En la actualidad existen varios desarrollos teóricos, incluso el mismo Barney GLASER afirma que existen diferencias entre la metodología planteada por Strauss y la planteada por él, GLASER se considera el verdadero representante de la Teoría Fundamentada, dirige el Grounded Theory Institute en Mill Valley, California, EEUU, desde donde sigue desarrollando su perspectiva de la Teoría Fundamentada, para él, la Teoría Fundamentada puede ser usada en la investigación cualitativa y cuantitativa, por tanto cualquier cosa puede ser un dato. En el presente, trabaja en un libro donde aborda como se puede utilizar la

Teoría Fundamentada en el análisis de datos estadísticos (MORSE, NIEHAUS, VARNHAGEN, AUSTIN & McINTOSH 2008). [15]

Para este estudio retomamos los planteamientos de GLASER donde afirma que la Teoría Fundamentada es una forma sistemática de obtener información en la investigación social, el primer paso es ganar sensibilidad teórica para entrar en el ámbito de investigación sin ideas preexistentes tanto como sea posible y de esa manera poder permanecer sensible a los datos y detectar lo que está pasando allí, donde no haya unas hipótesis preexistentes que puedan crear un sesgo, es necesario permanecer abierto a lo que está sucediendo (GLASER 1978, p.2). [16]

CORBIN como representante de la segunda generación de la Teoría Fundamentada, en su tercera edición del libro "Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory" reconoce que hay muchas aproximaciones a esta teoría que tratan de modernizar o extender la teoría original (CORBIN & STRAUSS 2008, p.viii), Janice MORSE (2009), Kathy CHARMAZ (2006) y Adele CLARKE (2005), son figuras fundamentales en el debate actual sobre la naturaleza de esta teoría (CISNEROS 2004) ellas representan la segunda generación de la Teoría Fundamentada, que aparece como constructivista en cabeza de Kathy CHARMAZ. Ésta fue presentada en el año 2000 en el capítulo "Grounded Theory: Objectivist and Constructivist Methods", de la segunda edición del famoso libro "Handbook of Qualitative Research" editado por Norman DENZIN y Yvonna LINCOLN (2000). Allí CHARMAZ retoma los principios de la Teoría Fundamentada presentados en el libro original de GLASER y STRAUSS (1967) pero les da un giro para incluir explicaciones de los sentimientos de los individuos a medida que experimentan un fenómeno o proceso y para entender las creencias y valores del investigador. De esta manera, ella evita usar categorías predeterminadas. CHARMAZ continúa sus trabajos sobre Teoría Fundamentada en libros como "Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis" (2006) y "The SAGE Handbook of Grounded Theory" (BRYANT & CHARMAZ 2007). Para MORSE, CHARMAZ logra conciliar las teorías Glaseriana y Straussiana (MORSE et al. 2008). [17]

Al mismo tiempo aparece el trabajo de CLARKE (2005) que muestra un nuevo camino en términos de la teoría, haciendo un giro post moderno que ella denomina "Análisis situacional". CLARKE en el libro "Developing Grounded Theory: The Second Generation" desarrolla un capítulo llamado "From Grounded Theory to Situational Analysis: What's New? Why? How?" (CLARKE 2009), en el que propone tres mapas que hacen énfasis en las diferencias más que en las concordancias en el análisis situacional estos mapas son: mapas circunstanciales, mapas de mundos/arenas sociales y mapas posicionales en donde se realiza un análisis de las relaciones humanas. Además, sigue las huellas de Michel FOUCAULT para analizar variaciones, diferencias y silencios en la información, de manera condicional y compleja (MORSE et al. 2008). La investigación descrita en este artículo responde a unos métodos cualitativos, es por esto que nos enmarcamos principalmente en el enfoque de STRAUSS y CORBIN, buscando que "la teoría emergiera a partir de los datos" (2002, p.255),

sin embargo convenimos desde la corriente Glaseriana que buscamos conceptualizar qué era lo que estaba pasando con este fenómeno y a partir de los datos empíricos, comprender el fenómeno de las barreras que pudieran tener las mujeres con cáncer de mama, para un diagnóstico y tratamiento oportuno, a partir del relato de sus propias experiencias, y como lo afirma CORBIN, retomando frases de STRAUSS poder desarrollar una teoría que permita conocer y mejorar el mundo (CISNEROS 2004). [18]

Utilizamos este enfoque porque nuestro objetivo más que identificar las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama, era entender y describir cómo las mujeres pasan por diferentes barreras como si se tratara de un proceso y cuáles son las conexiones entre esas barreras. La recolección de los datos fue guiada por los conceptos derivados de la teoría en construcción que emplea la comparación constante con la información suministrada por las participantes (STRAUSS & CORBIN 2002). Es importante aclarar que un principio el estudio estuvo orientado a identificar las barreras solo en el diagnóstico, sin embargo al estar abiertas a los datos de las entrevistadas, comprendimos que no solo existían barreras en el diagnóstico, sino también en el tratamiento. Una vez iniciada la codificación abierta se logró identificar que existía un gran interés entre las mujeres por hablar sobre los efectos del tratamiento como la quimioterapia, radioterapia y la mastectomía, además del proceso de decisiones en términos de hablar con sus familiares sobre la enfermedad, mientras que el tema de interés para las investigadoras, se encontraba en un segundo plano para las participantes, siendo comprensible pues el dolor causado por el tratamiento y el impacto sobre su autoestima y autoimagen es un asunto focal. [19]

El instrumento de entrevista semiestructurada fue modificado con el fin de incluir los asuntos referentes al tratamiento, como lo sugirió el muestreo teórico (DRAUCKER, MARTSOLF, ROSS & RUSK 2007), la experiencia de cada persona le da un significado diferente y da respuesta a eventos relacionados con su propia biografía o experiencia, de acuerdo al género, tiempo, lugar, cultura, política, región, y antecedentes personales (CORBIN & STRAUSS 2008). [20]

Se inició el análisis de las entrevistas con la codificación abierta, donde el proceso de recolección era accesible a todas las posibilidades STRAUSS y CORBIN (2002), en ese momento se buscaba que las participantes tuvieran condiciones diferentes pero no existía una orientación específica; el análisis de los datos nos insinuaban unas categorías sobre las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama y en las últimas entrevistas se orientó el muestreo en establecer las conexiones existentes entre estas categorías para que emergieran las hipótesis, es así como se retomaron nuevamente las entrevistas iniciales para identificar las conexiones entre las categorías, que en un principio pudieron pasar desapercibidas (CASSIANI & ALMEIDA 1999; STRAUSS & CORBIN 2002), lo que permitió finalmente, vislumbrar los hilos conductores de estas conexiones. El establecer esos hilos conductores entre categorías y sub-categorías fue una de las tareas más arduas y nos tomó más

tiempo, pero es precisamente este proceso lo que permite emerger la teoría sustantiva y describir la historia de manera analítica. [21]

Es importante anotar que aunque no se realizó un muestreo de las personas per se CORBIN y STRAUSS (2008), en nuestra investigación las condiciones de las mujeres se consideró como un criterio de muestreo. A medida que se analizaron los datos, se encontraron variables de barreras relacionadas con los niveles socioeconómicos y el acceso a los servicios de salud, en esta medida se busco comparar las mujeres en términos socioeconómicos, educativos y religiosos buscando determinar otros posibles factores que pudieran ser comparados. [22]

Las entrevistas fueron re direccionadas de acuerdo a las categorías que emergieron cuando algunas participantes introdujeron nuevos aspectos. En la mayoría de los relatos se encontraban presente diversas formas de barreras, al menos desde el punto de vista de las investigadoras, era inquietante como las mujeres no veían las barreras como tales, por esta razón se nos convirtió en un asunto focal dentro del estudio y una hipótesis a verificar. Es importante aclarar que esta hipótesis surgió en la etapa final del estudio y nos preguntamos si las mujeres podían ver o no estas barreras. Como se corrobora más adelante en la presentación de los resultados de la investigación, las mujeres no eran conscientes de la existencia de algunas barreras en el sistema de salud. [23]

En el estudio participaron 13 mujeres con edades entre los 24 y los 77 años, residentes en la ciudad de Medellín zona urbana, seleccionadas teniendo en cuenta la técnica de máxima variación (PATTON 2001). Para participar en el estudio era necesario que ellas tuvieran un diagnóstico clínico de cáncer de mama sin restricciones en el tipo, y el tiempo, sin embargo, como criterio de exclusión se tenía que no estuvieran recibiendo tratamiento intrahospitalario o en la fase terminal de la enfermedad. No se estableció un número mínimo o máximo de participantes ya que lo importante era poder establecer un muestreo teórico. [24]

Además otros criterios de inclusión estuvieron relacionados con la capacidad de expresión verbal de las mujeres y su voluntad de participar. En ningún momento se excluyo a una mujer por su orientación sexual, pertenencia étnica o religiosa o estrato socioeconómico, en cumplimiento del principio de igualdad (CASSIANI & ALMEIDA 1999; MARSHALL & ROSSMAN 2006). Las entrevistas fueron grabadas para ser transcritas y analizadas. [25]

El grupo de mujeres fue constituido como una muestra oportunista gracias a diversas técnicas, como lo son contactos personales, amigas de contactos, la técnica de la bola de nieve descrita por (STRAUSS & CORBIN 2002), en la cual las mujeres que hacían parte del estudio sabían de otras mujeres que quería participar, contactos en instituciones de salud donde la paciente era captada, pero la entrevista solo se daba una vez la paciente salía de la institución, otras participantes fueron reclutadas de un centro de ayuda para mujeres con cáncer de mama, en dos hospitales de segundo nivel público y privado en la (tabla 1) se describen las características de las participantes.

#	Seudónimo	Escolaridad	Estado civil	Religión	Estrato-socioeconómico
1	Marcela	Secundaria completa	Divorciada	Católica	3
2	Antonia	Universitaria	Casada	Católica	4
3	Matilde	Primaria completa	Casada	Católica	4
4	Marta	Universitaria	Casada	Católica	5
5	Lucia	Primaria completa	Casada	Católica	3
6	Patricia	Tecnológica	Soltera	Católica	3
7	Oliva	Primaria completa	Casada	Católica	2
8	Mery	Tecnológica	Casada	Católica	3
9	Carmen	Primaria completa	Viuda	Católica	3
10	Gloria	Universitaria	Soltera	Budista	5
11	Sofía	Universitaria	Casada	Católica	5
12	Laura	Secundaria completa	Soltera	Católica	4
13	María	Secundaria completa	Divorciada	Budista	5

Tabla 1: Perfil socioeconómico de las participantes del estudio [26]

El análisis de la información se realizó a través del Software Atlas.ti, que nos permitió tener un mejor dominio de los datos y mayor organización. [27]

La calidad de los datos, según John CRESWELL (1998), se garantiza cuando las categorías emergen de manera natural, se saturan y son validadas por personas que participaron como informantes en el estudio. Se utilizaron 2 formas de triangulación sugeridas por Edelmira CASTILLO y Martha Lucia VÁSQUEZ (2003), la primera fue la auditoria de expertos, con quienes se discutieron las categorías que iban surgiendo y los hilos conductores que permitían establecer una postura teórica, y la segunda fue la presentación de los resultados de la investigación a las participantes. Durante la presentación de los resultados, las participantes vieron reflejadas cada una de sus experiencias y la de otras mujeres, validando así las categorías y sus relaciones como un proceso. La triangulación de fuentes se planteó como una tercera forma de triangulación, no obstante no fue tomada en cuenta, pues al final solo se pudo acceder a 5 historias clínicas por lo tanto no se tuvo en cuenta como método de triangulación, sin embargo la información obtenida fue valiosa en la medida en que se corroboraron retardos en la atención. Se utilizó como estrategia de validación del instrumento, la realización de un estudio exploratorio, mediante dos entrevistas,

lo que permitió refinar la guía de preguntas para el acercamiento a las mujeres (CASTILLO & VÁSQUEZ 2003). [28]

3. Resultados

No existe una sola realidad, existen muchas realidades al recoger y analizar los datos se requiere que se capturen la multiplicidad de los puntos de vista (MORSE et al. 2008). [29]

Después de realizar las primeras cinco entrevistas se identificaron las primeras barreras para el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento para el cáncer de mama, sin embargo, las mujeres entrevistadas no las percibían, narraban sus experiencias sin percatarse de que algunas situaciones vivenciadas por ellas mismas, se constituían en claras barreras para el acceso a exámenes diagnósticos y tratamientos; a este fenómeno, lo hemos denominado una *normalización de las barreras en el sistema de salud*. Era notoria la diferencia que existía entre las mujeres que tenían un mejor seguro de salud y conocían algunos de sus terapeutas y las mujeres con un nivel socioeconómico más bajo, que tenían un seguro de salud que limitaba su acceso o que no estaban afiliadas a un seguro de salud, lo que en definitiva, no permitía el acceso a el diagnóstico y tratamiento. [30]

Para explicar la teoría y presentar los resultados hemos tomado como referente el modelo de paradigma sugerido por (STRAUSS & CORBIN 1998) y retomado por CASSIANI y ALMEIDA (1999), como un medio de agrupar las categorías y facilitar el análisis de los datos, el modelo consta de:

Modelo de paradigma

Condiciones causales \Rightarrow **el Fenómeno** \Rightarrow Condiciones intervinientes o estructurales \Rightarrow estrategias de acción interacción \Rightarrow las consecuencias [31]

Para nosotras existen unas condiciones causales que están determinadas por el sistema de salud colombiano y las barreras que en él se presentan. El fenómeno de la normalización de las barreras en el sistema de salud surge como una interacción entre esas condiciones causales y las condiciones intervinientes que llevan a que las mujeres del estudio que aunque vivencian las barreras, no las identifican y por el contrario, las asumen como algo cotidiano. Al mencionar las condiciones intervinientes o estructurales nos referimos al estatus socio-económico, el status de afiliación, el nivel educativo y el papel del profesional de la salud; algunas de las mujeres entrevistadas establecieron estrategias de acción-interacción para responder a estas barreras y es así como interponen acciones de tutela para garantizar su derecho a la vida, asisten a grupos de apoyo en instituciones de salud y algunas logran sentirse en capacidad de negociar con su terapeuta. Finalmente, como consecuencia de navegar en un sistema con amplias barreras en el acceso, considerar esto como algo cotidiano y no modificable, es el no acceso o el acceso tardío a los métodos diagnósticos y tratamientos para el cáncer de mama. [32]

A continuación, se explica detalladamente cada uno de los componentes enunciados. [33]

3.1 Condiciones causales: Sistema de salud colombiano

Las barreras para un diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia están enmarcadas dentro de las políticas del sistema de salud que en ocasiones son desfavorables a las necesidades de estas mujeres. [34]

Es importante contextualizar la dinámica en el sistema de seguridad social en salud colombiano, para una mayor comprensión de las barreras descritas en el artículo. [35]

El Sistema de Salud Colombiano, tiene dos formas de afiliación: el régimen contributivo al que deben estar afiliados todas las personas que tienen una relación laboral y el subsidiado en el cual el Estado protege a quienes no tienen capacidad económica para vincularse (estrato 0, 1, 2 y 3) (CONGRESO DE COLOMBIA 1993). [36]

La regulación del sistema la realiza el Estado, pero son las Empresas Promotoras de Salud (EPS) las que afilian a los ciudadanos y deben garantizar la atención en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), ya sean públicas o privadas (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 2008). [37]

Existe un Plan Obligatorio de Salud (POS), en donde aparece un listado de procedimientos, medicamentos y consultas que son cubiertos. Si algún procedimiento, examen o medicamento no existe en esa lista entonces no será cubierto por la aseguradora, de acuerdo a esto existe un POS para el régimen contributivo y otro para el subsidiado POS-S, procedimientos como la mamografía no existe en el POS-S (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 2008). [38]

3.2 El fenómeno: Normalización de las barreras

Al enfrentarse al sistema de salud, la mayoría de las mujeres entrevistadas asumen que las barreras que encontraron son una condición que no se puede cambiar, a este fenómeno, lo hemos denominado "normalización de las barreras del sistema". [39]

El concepto de "normalización de las barreras" se desarrolla a partir del análisis de los datos y se sustenta teóricamente en la búsqueda bibliográfica. Esta denominación no surgió "in vivo" de los datos, si no que es una abstracción de un proceso complejo, producto de una discusión ardua y minuciosa en la búsqueda de un término que pudiera dar cuenta del fenómeno observado. [40]

3.3 Condiciones intervinientes

Las condiciones intervinientes interactúan con las condiciones causales que generan en las mujeres una sensación de no poder modificar las barreras y dar lugar así al fenómeno de la normalización de las barreras estas condiciones son: [41]

3.3.1 Estatus de afiliación

Entre el grupo de entrevistadas, dos mujeres no pudieron acceder en un principio a los exámenes diagnósticos, ni al tratamiento porque no estaban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Una de ellas pudo pagar el examen diagnóstico con recursos propios, pero el tratamiento fue retrasado hasta que pudo acceder a un seguro de salud. [42]

Marcela descubrió simultáneamente que tenía cáncer y no contaba con un seguro de salud:

"Entonces ... como yo fui a pedir cita y resulta que mi marido me había sacado de la EPS (Empresa Promotora de Salud – Administrador del Plan), ..., para ponerme al día tenía que cancelar como 8 meses, entonces que para poder seguir ahí, no que lío tan horrible!!!, se me fueron casi 6 meses, ..., porque había perdido antigüedad ...". [43]

Entre quienes estaban afiliadas la situación no es mucho mejor. Antonia quien es profesional de salud, nos relato su experiencia de acceder a su biopsia: "porque la biopsia, ... no estaba dentro del POS, sí, entonces tenía que hacer que lo aceptará un comité, ... y dejé esos otros trámites que se demoran, mientras se reunían el comité". Estas mujeres y otras, asumen como una situación aceptable que los servicios de salud deban ser aprobados por comités y adicionalmente que tengan procedimientos dilatorios. Las participantes pagaron con sus recursos o con ayuda de familiares y amigos procedimientos y ayudas diagnósticas, pero en muchos casos, ellas empezaron un largo camino, en las que se vieron obligadas a hacer cumplir, mediante un procedimiento legal sus necesidades de asistencia al proveedor de salud, como único medio para acceder a sus derechos fundamentales. Esta es la experiencia de Mery:

"Por qué ..., esto esta requeté pago, imagínese, el esposo ya jubilado y le siguen sacando plata, entonces por qué no le pueden dar la orden uno, y ahora a uno no le hacen caso para una mamografía, eso no es justo, ahora me la voy a tener que hacer particular, ...". [44]

Nuestro criterio como investigadoras, con la inmersión en los datos se pudo percibir claramente lo que se denominó "una normalización de las barreras". Muy pocas mujeres del estudio eran conscientes que estas barreras causaban retrasos en la atención y en esa medida, aumentaban las posibilidades de complicación de la enfermedad. Observamos que estas mujeres tienen una percepción alterada de la oportunidad en el diagnóstico y tratamiento, lo que

puede convertirse en una amenaza a su sobrevivencia. Un estudio realizado con 47 grupos focales y 929 encuestas a médicos generales en Irlanda, mostró que un lapso de dos meses para una segunda cita, después de algún examen de diagnóstico sospechoso, era inaceptable (DALY & COLLINS 2007). Las mujeres posiblemente no tienen elementos de juicio para determinar lo que es un periodo corto o largo en términos de su salud. Esto es lo que nos cuenta Carmen: "pues cuando ya me hicieron la mamografía y a partir de que me hicieron la mamografía, ya todos los demás exámenes, las cirugías ya fueron relativamente ligeros ... pues, que en el término de seis meses ya estaba operada". [45]

3.3.2 *Papel del personal de salud*

Cuando las mujeres finalmente pueden acceder a los exámenes y consultas con los profesionales de la salud, ellas, enfrentan barreras relacionadas con la comunicación, de las que son más conscientes. [46]

Esta es la percepción de Marta, quien ve como el tiempo de la consulta médica es excesivamente limitado para lograr un diagnóstico como el suyo: "un médico tiene 10 minutos para evaluar un paciente, con seguridad no se detiene mucho en un examen de mama, yo pienso que se detiene en el problema específico que le está relatando el paciente". [47]

Ellas resaltan la importancia de que sus terapeutas tengan un gran conocimiento científico y que estén en capacidad y dispuestos a brindar un apoyo emocional, estos dos componentes son fundamentales para la atención. Marcela, que su caso fue analizado por el comité de ética, nos dijo sobre este tema:

"Yo le decía al doctor, yo tengo muchos problemas, en un mes la vida me cambió, ... y yo en este momento estoy en manos de Dios y en manos de los médicos, ... yo lo tengo a usted en un concepto de buen médico, ... yo rezo mucho para que mi Dios me ayude y para que le ayude a usted para que me dé el diagnóstico que es, pero yo más no puedo hacer". [48]

Es importante que el profesional de la salud sospeche de la enfermedad, pues de lo contrario no se preocupan por realizar el tamizaje y autorizar los exámenes diagnósticos que le permita corroborar o desechar la sospecha, pues cuando no se tiene la habilidad, una alteración de la mama pasa desapercibida, Patricia, fue diagnosticada con carcinoma ductal infiltrante, ella cuenta su experiencia:

"Yo empecé con ese cansancio como desde Agosto del 97' y yo consultaba y no, y nada, nada, ya en vista de que ya allí me habían hecho tanta cosa, yo dije: van a pensar que yo estoy es como fastidiando ..., y fui y ya hubo alguien que supiera algo de esos signos y me remitió". [49]

En el caso de las mujeres que requerían el acceso a la mamografía, encontraron médicos que negaban su prescripción, no establecían una comunicación efectiva con ellas y por tanto no estaban dispuestos a negociar o discutir sobre sus tratamientos. [50]

Marcela con un estado avanzado de su enfermedad nos cuenta:

"Que había aumentado 8 kilos en un mes, y había aumentado mi talla de busto en 2 tallas, ... me salió un morado en el seno, fui a IPS y me hice revisar y me dijeron que eso parecía era un chupao, (beso en forma de succión, que deja un lesión en la piel) yo le dije: 'niña pero yo como voy a venir por un chupao, sí primero que todo yo no he tenido relaciones, y segundo eso me duele mucho', ella responde: 'no, es que, eso es lo que parece'; entonces, porque no me manda una mamografía, 'ah no!, es que con la edad que usted tiene no necesita mamografía y en ese caso la tendría que ver un ginecólogo'." [51]

Las mujeres consideran que no están capacitadas para negociar con los médicos la realización del examen, su periodicidad y celeridad. Muchas de ellas interactuaron con profesionales de la salud que por lo general no ofrecen la posibilidad de realizar un examen de la mama y a la hora de ejecutarlo, ellas no perciben sus beneficios, pues en la mayoría de las veces, no se identifican alteraciones. Dos de las mujeres que participaron en el estudio refirieron haberse realizado un examen de mama por el personal de salud antes del diagnóstico de cáncer como medida de detección oportuna, sin hallazgos significativos, además el examen era realizado sólo cuando la mujer acudía por una dolencia específica de la mama. [52]

Las entrevistadas mencionaron como mediante la mamografía se pudo identificar la alteración tumoral; ellas coincidieron en que se requiere de un profesional capacitado para eso, pues es un procedimiento doloroso y complejo, aun más cuando las pacientes tienen mamas pequeñas. Antonia quien es profesional de la salud y su madre tuvo cáncer de mama, narro su experiencia con el examen:

"Cuando a mi me hicieron la mamografía, si no ha sido por la precia de quien me hizo el examen, yo creo que no me hubieran descubierto, ... yo he sido de senos pequeños siempre, entonces me ha traumatizado mucho ... y ella se esforzó mucho mas, porque saliera claro ahí sí, porque estaba demasiado pegado a la parrilla costal". [53]

3.3.3 Información sobre la enfermedad

Algunas de las mujeres manifestaron su inconformidad con el personal de salud que no les da información sobre la enfermedad, ni educación sobre los efectos secundarios de los tratamientos. El enfrentarse a los procedimientos sin la información necesaria, lleva a mayores complicaciones y efectos secundarios. Lucia, expresa este malestar así:

"Digamos que uno tiene una información clara en las clínicas?, no. A mí me dijeron, si, hay que retirarle el seno, pero no me dijeron mas nada, no me dijeron usted puede hacerse reconstrucción, o puede ponerse una prótesis, no para nada; del tratamiento de lo que le hablan a uno, sobre lo que puede sentir, pero no más, ...". [54]

Otra entrevistada se refiere al tema y dice: "Yo le digo a usted, a una persona le va bien si va bien orientada, los médicos no lo orientan a uno". [55]

Este hecho refuerza el concepto de la normalización de las barreras en el que las mujeres se sienten privilegiadas por haber sido informadas sobre los tratamientos y tener la oportunidad de decidir, lo cual no entienden como un derecho de todo paciente. [56]

Es derecho de toda persona participar de su tratamiento, tener toda la información necesaria y ser educadas en cuanto a los efectos secundarios. Marta se siente privilegiada, nos dijo: "Ya cuando opté por el ginecólogo-oncólogo, cuando el me dijo, listo, ya te vamos a hacer un tratamiento, entonces, él me ofreció las alternativas, entonces yo escogí cual alternativa". [57]

El grupo de mujeres que se sienten satisfechas por el acceso rápido y oportuno a los servicios de salud prestados, tienen características en común como son: tener una profesión relacionada con la salud, pertenecen a estratos socio-económicos altos, tener conocimiento previo sobre la enfermedad, técnicas diagnósticas y tratamiento o tienen conocidos entre sus terapeutas. Según ellas, no tuvieron inconvenientes para acceder a los exámenes diagnósticos, "yo siento que, mejor atendida no pude estar ..., como le digo, mejor colaboración de la gente no pude tener, ... a mí no me pusieron a hacer vueltas para nada, ni tuve que dar un peso para nada". [58]

3.4 Estrategias de acción intervención

Las estrategias tomadas por las mujeres para enfrentar las barreras en el sistema de salud, están orientadas a enfrentar una situación en concreto, como son: la negación de los exámenes diagnósticos y tratamientos, y la falta de información y comunicación por parte de sus terapeutas, pero es necesario aclarar que estas estrategias no están orientadas a enfrentar el fenómeno de la normalización de las barreras, pues es precisamente esa sensación de no poder modificar las circunstancias lo que nos lleva a reconocer el fenómeno. Dentro de estas estrategias se encuentran: [59]

3.4.1 Mecanismos legales de defensa para garantizar el acceso a los servicios de salud

A medida que se vislumbraban las barreras en el sistema de salud, se orientan las entrevistas en determinar los mecanismos de defensa para acceder a los procedimientos y tratamientos que según la legislación colombiana no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), aunque estos sean fundamentales. Es por esto que una de las figuras jurídicas más utilizadas por las mujeres que participaron en el estudio es la tutela. [60]

La tutela en Colombia es un mecanismo jurídico creado para la protección inmediata de los derechos fundamentales, cuando estos resultan vulnerados o amenazados por la acción u omisión de cualquier autoridad pública. La CORTE

CONSTITUCIONAL (2008) en la sentencia T 760 de 2008 se limita a explicar que la protección al goce efectivo del derecho a la salud se está realizando principalmente por medio de la acción de tutela. [61]

Algunas mujeres del estudio relataron que se vieron en la necesidad de instaurar una acción de tutela para acceder a los exámenes diagnósticos y los tratamientos, sobre este tema hablan con impotencia y resignación, pues aunque algunas saben que su derecho a la vida está siendo vulnerado, ellas se sienten desorientadas. Lucía de 58 años de edad, desde hace 9 años le diagnosticaron cáncer de mama, vivió esa experiencia y por eso nos dijo:

"No, ahora son muy tranquilas las EPS's, mire que para uno hacerse un tratamiento, tiene que poner tutela, por mi experiencia, ellos saben que supongamos que a mí me mandan un examen de un TAC (Tomografía Axial Computarizada) o un examen costoso, entonces ¿qué me toca hacer a mí? poner tutela, sabiendo que de igual manera me la tienen que hacer ...". [62]

Marcela también nos relata:

"Por ejemplo yo llegaba ..., de una quimioterapia, entonces, vea pida, haga la tutela, gane la tutela, hacía todo eso y, ... entonces las quimio también se me atrasaban por ese lado, las pastillas que mandan tamoxifeno creo que eran, esas también fallaban mucho, porque no las podía conseguir ...". [63]

3.4.2 *Pertenencia a grupos de apoyo*

En los grupos de apoyo, la ayuda está relacionada con la información sobre la enfermedad, los tratamientos y el soporte emocional. [64]

Las mujeres ven los grupos de apoyo como un lugar donde pueden hablar sobre sus sentimientos, temores y alegrías, además de conversar sobre la enfermedad, así lo cuenta Lucía: "en los grupos?... lo primero que hace uno es que hable si uno quiere hablar sobre lo que siente ... le dan la oportunidad de hablar y de desahogarse". [65]

En las actividades realizadas en los grupos de apoyo, las mujeres ven como una oportunidad de despejar sus dudas alrededor de su enfermedad, actividad que debería ser realizada por los propios terapeutas, sin embargo para ellas es una gran ayuda la información obtenida en estos grupos:

"Como te digo esto lo aprendí yo, fue cuando me estaban haciendo la quimio, una señora allá me comentó, ...: 'asista a los grupos, asista a los grupos que hay en institución Oncológica 2, que hay en el instituto oncológico 1', entonces yo empecé a buscar ayuda y yo entre ya". [66]

La mayoría de las participantes del estudio después de haberles realizado la entrevista, manifestaron su interés, porque esta información se divulgara, como aporte para la salud de otras mujeres, como afirma Lucía:

"No, yo lo único que quisiera y lo digo siempre en los grupos y donde me dan la oportunidad de hablar, y ojala toda la gente, todas las mujeres nos concientizáramos de estar preocupándonos por lo del seno, por lo del cáncer". [67]

3.5 Consecuencias

Finalmente, la consecuencia derivada de la normalización de las barreras para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama, es que bajo la gran cantidad de barreras en el sistema de salud, las mujeres no acceden a los exámenes y tratamientos, ó acceden en forma tardía, como le pasó a Laura, quien nos contó:

"En ese tiempo, ... mi Entidad Promotora de Salud (EPS) entró ... en problemas, ... que había cancelado contratos con ... los institutos donde hacían esos exámenes y todo eso y entonces ..., cada que iba ... ahhh no que no hay ... que no hay contrato ..., que no hay citas, que nosotros lo llamamos y así se quedó". [68]

Laura, dos años atrás, sentía las masas en su mama izquierda, sin embargo, la empresa donde trabajaba no pago el seguro para ella, con el agravante de que no tenía dinero para cubrir los gastos para la atención en salud, ella nos hablo:

"En septiembre del 2005, cumplí la edad de pensión, ... a partir de ese momento, quedé sin protección de salud, ... hice un contrato con empresa 1 para que me pagara, ... y me incumplió ... entonces fui a la oficina de la EPS y me dijeron que tenía que ... pagar la EPS aparte hasta que ... me diera la pensión ... y yo no tenía forma porque no me estaban pagando ... de pronto iba a la clínica y que no hay médico, que vuelva en 3 semanas, a las tres semanas que vuelva dentro de otras tres semanas y bueno y así sucesivamente ... tuvimos que montar una tutela ... por medio de la tutela se consiguió el ... oncólogo y me ordenó la quimioterapia ... si no hubiera sido por la tutela, en este momento, todavía estaba esperando cita ...". [69]

3.6 Búsqueda de alternativas de atención no tradicional

Para terminar presentamos el "caso negativo" de María, una entrevistada que no responde a la teoría desarrollada, de quien tuvimos acceso a la historia clínica y una publicación, que nos permitió comprender un poco mas su postura y establecer este caso como un caso negativo dentro de la teoría. [70]

María de religión budista en septiembre de 1999, con 58 años de edad, fue diagnosticada con un carcinoma ductal in situ, en la mama izquierda, fue la única mujer que al enterarse del diagnostico de cáncer de mama y luego de escuchar las posibilidades de tratamiento y las consecuencias de no realizárselo, decide después de 1 mes, no hacerse el tratamiento sugerido por los terapeutas de quimioterapia, radioterapia y cirugía. María pudo acceder rápidamente a los exámenes diagnósticos y un tratamiento oportuno, sin embargo decidió otro tipo de tratamiento:

"Cuando estuve frente a ocho médicos y medicas, auscultándome y diciéndome: Si no te operas rápido puedes tener muy pronto metástasis ... después de escuchar los tratamientos de la medicina tradicional y de la medicina alternativa y foco de Hamer, me decidí por los dos últimos" (CORREA OCHOA 2006, p.34). [71]

Su decisión estuvo influenciada, además porque 3 de sus primas habían sido diagnosticadas antes con cáncer de mama, recibieron el tratamiento de quimioterapia, radioterapia y cirugía, y después de 6 meses murieron. María no quería eso para su vida y por eso decide continuar un tratamiento basado en la meditación y lo que ella llamaba "sanarse desde adentro", consiguiendo una sobrevida de la enfermedad después del diagnóstico de 9 años, en los reportes médicos se refiere un tratamiento a nivel físico, emocional, mental y espiritual. [72]

Este es un caso que no puede ser acomodado dentro del modelo descrito ya que ella al optar por un tratamiento alternativo, pudo abolir el tránsito de barreras estructurales del sistema de salud que las demás entrevistadas enfrentaron. [73]

En su relato expresa una gran tranquilidad, sin embargo se culpabiliza por la aparición de la enfermedad "tomar conciencia de que yo, con mis pensamientos, palabras y acciones era la causante de todo" (CORREA OCHOA 2006, p.34) por eso ella debía "curarse desde adentro" y "madurar su Karma". María no temía a la muerte, quería terminar su vida con buena calidad de vida, por eso tomo la decisión de que el día de su muerte sería con conciencia. [74]

3.7 Presentación de resultados a las participantes

La credibilidad se logra cuando los hallazgos del estudio son reconocidos como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en el estudio y por aquellas que han experimentado o estado en contacto con el fenómeno investigado (CASTILLO & VÁSQUEZ 2003). [75]

Es importante mencionar que al realizar la devolución de los datos a las participantes, ellas validaron las categorías y subcategorías que se describen en este artículo, sin embargo se encuentra paradójico pero a la vez iluminante que, aunque en las narraciones de sus vivencias durante la presentación, se pudo observar que el sistema de salud estaba lleno de barreras para ellas no eran visibles como tales. [76]

No existe una familiaridad con la definición de empoderamiento, no obstante en la práctica algunas de ellas presentaban características de empoderamiento, principalmente aquellas que hacían parte de los grupos de apoyo. [77]

A la presentación de los resultados asistieron 6 mujeres con cáncer de mama, solo 2 de ellas eran parte del estudio, las características de las otras participantes era que pertenecían a grupos de apoyo de mujeres con cáncer de mama. [78]

Esta presentación nos dio elementos para apoyar nuestra Teoría Fundamentada en relación con el proceso de normalización de las barreras y con otro proceso entrelazado a denominamos el desarrollo de una nueva lógica en relación a la enfermedad que hace parte de otro artículo académico producto de esta investigación. [79]

Una mujer contó sobre la experiencia, como su terapeuta le negaba la realización de una mamografía porque su edad era menor de 50 años, otra narró cómo le fue negado el tratamiento con quimioterapia porque su EPS no tenía más contrato con esa clínica, además otras de las asistentes contaron cómo a pesar de que el cirujano estaba dispuesto a operar lo antes posible, cuando acude a su asegurador estos se negaron, una de ellas afirmó: "me dijeron que estaba atrasada en no sé, cuantos meses ... y les demostré que yo no estaba atrasada pero eso fue el atranque". [80]

A pesar de estos nuevos testimonios en este asunto, en general las mujeres no reconocen unas barreras para el acceso a los exámenes y tratamiento como algo que se pueda modificar, por el contrario utilizan expresiones como "uno se acostumbra a que no lo traten bien en el sistema de salud, se acostumbra a que la cita no sea rápido" y aparece nuevamente la tutela como la tabla de salvación para luchar contra el sistema "les dicen, vuelva dentro de 8 días a ver si la orden ... A ver si han firmado el papel, a ver si han autorizado y eso es de autorización en autorización hasta que ya, es que se tiene que ir a la tutela". Sin embargo manifiestan con impotencia "Es increíble que uno con una enfermedad le toque hacer vueltas, eso es una ironía, debería haber alguna forma que uno no tuviera que hacer tantas vueltas ...". [81]

Finalmente, un asunto que también tratamos de describir en este artículo son las barreras en la comunicación terapéutica, una de ellas narra su experiencia como

"Yo veía que hablaban y yo no entendía... él estaba ahí con una practicante y entonces la colocaron así ampliada a la luz, entonces el ginecólogo decía vea característica número 1 y yo decía yo porque no veo nada, era porque yo no entendía". [82]

Este tipo de barreras son compensadas por las mujeres al asistir a los grupos de apoyo, donde pueden conversar sobre su enfermedad y aclarar los asuntos referentes a su diagnóstico y tratamiento como lo afirmó esta misma participante. [83]

En síntesis, tanto en las entrevistas como en la presentación de los resultados, encontramos elementos para apoyar la Teoría Fundamentada de la Normalización de las Barreras, frente al sistema de salud. [84]

4. Discusión

4.1 Barreras en el sistema de salud

ADAY y ANDERSEN (1974), distinguen tres niveles de barreras al acceso que se relacionan con determinantes individuales, organizacionales y sociales, en primer lugar están las políticas: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. [85]

Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; segundo, está el acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y finalmente el acceso real relaciona determinantes objetivos – cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios – y subjetivos – de la utilización de servicios a satisfacción (ADAY & ANDERSEN 1974). [86]

Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser potenciales y están relacionadas con la manera en que una organización facilita o no el acceso de las personas a sus servicios; este aspecto está relacionado con trabas a la entrada, tiempos de espera, trámites y dificultades a la salida, las cuales pueden incidir en la continuidad de la atención. Las barreras potenciales también están vinculadas a la predisposición de los usuarios, las variables demográficas, la estructura social y la cultura; y las barreras reales que se centran en la continuidad del tratamiento y la satisfacción de los usuarios con la atención prestada (RODRÍGUEZ & ROLDÁN 2009). [87]

Sin embargo, las barreras no solo se presentan en la fase de diagnóstico, otros estudios encontraron, al igual que este, que existen barreras en todas las fases, esto incluye pobre comunicación con los servicios hospitalarios, acceso inequitativo a estos, la necesidad de guías para la educación y las prácticas clínicas (DALY & COLLINS 2007), así le sucedió a algunas de las mujeres que participaron en el estudio, donde la continuidad en los tratamientos era interrumpida por diversas razones. Un estudio en Antioquia, afirma que en cuanto a la continuidad del tratamiento, se evidencia inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los afiliados al régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención, los no afiliados y los de menor nivel de gasto, presentan un mayor desembolso en medicamentos y hospitalización, lo cual se reconoce como uno de los mayores generadores de inequidad (MEJIA, SANCHÉZ & TAMAYO 2007). [88]

En otro estudio, con médicos generales, se reportó mayor acceso a todo tipo de exámenes, para los pacientes privados, por ejemplo, la mamografía fue del 48%

para los pacientes públicos y el 87% en los privados, la tomografía axial computarizada fue el 13% en los públicos y el 73% en los privados (DALY & COLLINS 2007). En el caso de Colombia, es importante recordar que la mamografía, no está incluida en el listado del Plan Obligatorio de salud del régimen subsidiado (MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL 2008). [89]

Al igual que nostras, otros estudios han encontrado barreras en el sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías como el cáncer de cuello uterino, las autoras describieron los "obstáculos en el acceso" en relación con la citología de cuello uterino, que bien sabemos es el examen de tamizaje para este tipo de cáncer, ellas encontraron que existe una dispendiosa tramitología para el acceso al servicio y afirmaron que algunas mujeres decidieron, no volver a hacerse la citología para no exponerse a los tramites (WIESNER, VEJARANO, CAICEDO, TOVAR & CENDALES 2006). Las mujeres de nuestro estudio a la hora de buscar una mamografía deben realizar múltiples tramites y más aún, cuando se requiere un examen confirmatorio como son las biopsias o otros estudios de mayor costo. Un estudio realizado en los servicios de urgencias de Medellín, afirman que las barreras en el acceso a los servicios pueden incrementar la morbilidad y la mortalidad en la población (VALENCIA, GONZALES, AGUDELO, ACEVEDO & VALLEJO 2007). [90]

El Gobierno colombiano ha realizado esfuerzos por aumentar cada día la cobertura en salud, muestra de ello es el aumento en el número de asegurados en los últimos 10 años de 22 a 42 millones, sin embargo es claro que tener un seguro de salud no garantiza el acceso a estos servicios (RODRÍGUEZ & ROLDÁN 2009). "El aseguramiento en salud no significa acceso real o utilización efectiva de servicios ni remoción de las barreras económicas, como lo plantearon los creadores e impulsores de la ley 100/93" (ECHEVERRI 2002, p.90). [91]

En un estudio realizado en Antioquia-Colombia mostró que las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud son el principal obstáculo del acceso al servicio de salud para los afiliados al régimen subsidiado (personas que son atendidas en sistema de salud sin dar aportes generados por la actividad laboral) y los no afiliados (MEJIA et al. 2007). A esta misma conclusión llegaron en un estudio realizado en la región Caribe-Colombiana; al respecto vale la pena resaltar que para los vinculados (personas que aún no son afiliados al sistema) la barrera económica es la que mayor peso tiene (RODRÍGUEZ & ROLDÁN 2009). Al respecto el Departamento Nacional de Planeación en un estudio con universidades de Colombia afirmó que aún existen barreras de acceso y de financiación que no permiten alcanzar la ansiada equidad. En relación a los servicios, las mayores inequidades se presentan en exámenes como la mamografía, estas inequidades son más marcadas en los diversos niveles socioeconómicos (FLÓREZ et al. 2007). [92]

Stephen WILLIAMS y Paul TORRENS (1999) hacen un cuestionamiento ético a las barreras de los servicios de salud dado la creciente tendencia en el racionamiento de los gastos en los servicios de salud, significando esto un menor acceso a los servicios de diagnóstico preventivo. [93]

Un estudio realizado por Judith STEIN, Sara FOX y Paul MURATA (1991) con una muestra multiétnica en los Estados Unidos mostró que las mujeres pobres de todas las edades y razas tienen menor probabilidad de realizarse controles preventivos y una tasa esperada de mortalidad alta, por un diagnóstico tardío. La preocupación por el costo sigue siendo el predictor más importante del uso de la mamografía. [94]

4.2 Relación médico paciente

En el estudio, las mujeres manifestaron que existe poca información sobre los exámenes y tratamientos para el cáncer de mama, además, que no existe un apoyo terapéutico por parte del personal de salud, solo se da en los grupos de apoyo donde sus dudas son resueltas. Es necesario recordar que es un derecho como paciente y un deber de las instituciones de salud, informar sobre los procedimientos y tratamientos relacionados con la enfermedad del paciente. En un estudio realizado en Soacha-Colombia, las pacientes no aseguradas describían la relación médico-paciente como pobre, no solo por la corta duración de las consultas, sino además, por el trato por parte de funcionarios, que es percibido como duro e inhumano, a los sentimientos de temor y vergüenza ante la toma de citología, se suma el hecho de que los funcionarios dan mínimas explicaciones sobre el procedimiento (WIESNER et al. 2006). [95]

En otra investigación se demostró que la remisión para la mamografía por un proveedor de servicios de salud es un determinante bastante fuerte del uso de la mamografía (GRANA 1998), sin embargo es escasa la posibilidad de los pacientes de tener una comunicación efectiva con los terapeutas en las que éstos puedan identificar las alteraciones de la mama y solicitar los exámenes necesarios. [96]

En nuestro medio existe una alta legitimación de la autoridad médica de la misma manera que se dio en los Estados Unidos (STARR 1983), esta autoridad en nuestro medio tal vez no ha sido cuestionada como lo han hecho otros países desarrollados, como lo expresa Paul STARR el éxito de la medicina en el control de enfermedades es el origen de una dependencia social creciente en el conocimiento y la competencia de la medicina. La medicina posee autoridad social y cultural, ya que es capaz de controlar la acción social dando estándares para estilo de vida sano y consejo terapéutico que la mayor parte de personas siguen; pero al mismo tiempo, ellos tienen autoridades culturales para construir la realidad por la definición de salud, enfermedad y parámetros de tratamiento (STARR 1983). [97]

Las mujeres con cáncer de nuestro estudio, debieron visitar múltiples especialistas como cirujanos, radiólogos, oncólogos y múltiples instituciones de salud por lo cual a menudo sentían que el cuidado no era bien coordinado, lo que se observa también en otros países (HEWITT, HERDMAN & HOLLAND 2004), denomina esto la fragmentación de cuidado. Además, entre ellas existía una carga psicológica por el miedo a los efectos de la terapia, la mutilación y la muerte, que por lo general no discutían con los profesionales de la salud. [98]

HEWITT et al. (2004) observaron que para las pacientes, el cuidado no es brindado por un solo médico al que conoce y en quien confía, a veces ellas son renuentes a hablar de preocupaciones psicosociales con el especialista, considerablemente ocupado, con quien tiene encuentros extremadamente cortos. Muchos estudios sugieren que una buena interacción con el médico consiste en decir la verdad, ser cuidadoso, sincero, ayudando a los pacientes a asumir mejor su enfermedad (ARORA 2003; STEIN et al. 1991). [99]

4.3 Normalización de las barreras y empoderamiento

Todo este fenómeno que se ha venido discutiendo, se ha denominado la normalización de las barreras, esta se refiere a la invisibilización y habituación a las barreras del sistema de prestación de servicios de salud. Como lo hemos mencionado, en las mujeres del estudio, se presenta este fenómeno, nos referimos a la ausencia de voz para defender sus derechos y la tolerancia o bajo nivel de contrariedad ante las barreras al acceso oportuno y con calidad de la asistencia a sus patologías. [100]

Nos hemos acostumbrado a la carencia y no sentimos que el Estado tenga una responsabilidad en la entrega de condiciones mínimas en los servicios de salud. En nuestro estudio, muchas de ellas ven los obstáculos en la atención como parte normal de los trámites de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), esto puede estar relacionado con lo que DUDWICK, GOMART, MARC, KUEHNAST y KANBUR (2003) encontraron a finales de los años 90, en la antigua Unión Soviética, la pobreza fue un factor de vida permanente para la mayoría de la gente. Allí, el Estado fue exitoso en difundir la idea de que esto se debía a fallas individuales, en lugar de fallas sociales o del sistema. [101]

DUDWICK et al. (2003) y Celine-Marie PASCALE (1995) han señalado, al igual que nosotras que el discurso de la oficialidad del Estado, en países tan diversos como la Unión Soviética y los Estados Unidos han tratado de normalizar la pobreza porque la reducción al acceso a los servicios de salud, educación y servicios sociales que crean una perpetuación de su condición, son una situación tolerada y justificada como falencias del individuo. [102]

Con frecuencia las barreras que encuentran las mujeres de nuestro estudio, se interpretan como incapacidad y un signo del fracaso personal (PASCALE 1995). La autora afirma: "Nos hemos acostumbrado a las personas sin hogar, a salarios bajos y empleos inseguros, a la necesidad de ingresos de dos padres. Nos hemos acostumbrado a una nueva clase de lo normal" (p.1). Vemos que hay una tolerancia a la pobreza, a las barreras del sistema de asistencia en salud y a una inculpación del paciente por su status social y su estado salud. [103]

Un grupo de psicólogos de la Universidad de New York asegura que, en lo que se refiere a injusticias sociales, la gente ve lo que cree (y no al revés), este truco de alteración de la percepción, asegura Cheryl WAKSLAK, mantiene a raya el ultraje moral e impide cambios sociales al inhibir a la gente a tomar acción, permitiendo que las injusticias sociales se perpetúen (FERZZOLA 2007). [104]

WORLD BANK (2002) insiste en la importancia y centralidad de la estrategia del empoderamiento para la reducción de la pobreza, en este mismo sentido vemos el empoderamiento en estas mujeres, como respuesta para superar el proceso que denominamos *normalización de las barreras*. [105]

Romper con la *normalización de barreras*, claramente requiere de un proceso de empoderamiento de las usuarias del sistema, para tener libre acceso a los servicios de salud, sentir que sus acciones moldean su vida y tener control sobre las decisiones que afectan su vida y la salud. Siguiendo los lineamientos del, creemos que el acceso a la información, la inclusión o participación, la capacidad para demandar responsabilidad de quienes sustentan cargos de poder y la capacidad de acceder a información, son los elementos claves para crear condiciones para el empoderamiento (WORLD BANK 2002). [106]

Es claro que en nuestro estudio existen condiciones de empoderamiento diferenciales que están expresados en los mecanismos que ciertas mujeres utilizan para acceder al diagnóstico y tratamiento oportuno. Las personas con un estatus socio-económico más alto, estaban mejor equipadas para acceder a los servicios, ejercer sus derechos y hacer que los actores del Estado actuaran responsablemente, esto es parte de su ethos de clase. Su empoderamiento se evidenciaba en la capacidad para usar la información médica y negociar activamente decisiones sobre el tratamiento. [107]

Una expresión del empoderamiento en mujeres de estratos socioeconómicos más bajos, es el recurrir a la tutela como un mecanismo para defender sus derechos. Esta experiencia desarrolló en ellas la capacidad para maniobrar en un sistema de salud burocratizado, que tiende a hacer más lento la provisión del tratamiento o negar el acceso a exámenes de alta tecnología y medicamentos de alto costo; es por eso que algunas entrevistadas que demandaban el control mamográfico recibían como respuesta: "Con la edad que usted tiene no necesita mamografía". [108]

Una forma alternativa de mirar el problema de la normalización de las barreras en donde proponemos el empoderamiento como una herramienta de afrontamiento, podría ser pensada desde los conceptos del capital social (PUTNAM 2002), en tanto un buen capital social en Colombia, particularmente entre las mujeres con cáncer dotaría a estas de instrumentos para la acción. [109]

Putnam considera, que el capital social es un bien público y que las redes sociales de interacción densa fomentan normas de solidaridad y reciprocidad generalizada; él plantea que las comunidades capaces de desarrollar redes de interacción social muy densas, son menos vulnerables a acciones desestabilizadoras o violentas, reducen el oportunismo y la maleficencia y desarrolla un fuerte sentido de eficacia colectiva, por ello el capital social, constituye el bien colectivo más trascendente para el bienestar de una comunidad (PUTNAM 2002). [110]

John SUDARSKY, consultor del Departamento Nacional de Planeación (DPN), en 1997 realizó un macroestudio con 3.000 personas sobre capital social, observando que los colombianos son muy dogmáticos, tienen bajos niveles de participación social y de educación; existen dificultades para valorar nuestra problemática dentro de los parámetros de la llamada "racionalidad moderna". Las personas con poca educación no tienen estructuras cognoscitivas que les permitan desarrollar habilidades políticas para entenderse y construirse como ciudadanos (SUDARSKY 1999). [111]

En la medida en que un país no tenga un capital social bien desarrollado, no existe la posibilidad de desarrollar un bienestar colectivo, y caemos entonces en situaciones contrarias a la justicia social, que se entiende como

"Las condiciones necesarias para que se desarrolle una sociedad relativamente igualitaria en términos económicos. Comprende el conjunto de decisiones, normas y principios considerados razonables para garantizar condiciones de trabajo y de vida decentes para toda la población. Involucra también la concepción de un Estado activo, removiendo los obstáculos que impiden el desarrollo de relaciones en igualdad de condiciones" (POWERS & FADEN 2006, p.3). [112]

En el campo de la bioética la justicia social se refiere a servicios de salud que sean asequibles, especialmente para los hogares y familias de bajas ingresos, para autoras como POWERS y FADEN la inequidad en salud es lo que debe preocuparnos más. [113]

De acuerdo con DANIELS (1985) la política de salud – como parte de la estructura básica de la sociedad –, debe regirse por principio de justicia, ya que genera condiciones que afecta la realización de los proyectos de vida de las personas, esta política no puede basarse en principio de mercado, por que quienes no logren participar de él no tendrán acceso a la satisfacción de las necesidades de salud; que es lo que ocurre muchas veces en nuestro país. [114]

Esperanza ECHEVERRI (2002) afirma que en Colombia las mujeres viven más, pero con menor calidad de vida y mayor discriminación. Ellas han accedido más a la educación pero están más desempleadas, ganan menos que los hombres y en los últimos quince años, empiezan a morir por homicidios y a sufrir el desplazamiento forzado producto de una violencia que ha sido esencialmente masculina. En salud, además de la tasa de fecundidad en adolescentes y jóvenes, la mortalidad materna continúa siendo alta comparativamente con la de otros países de América, sub-registrada, con grandes desigualdades regionales, y fuertemente asociada al nivel educativo. Estas indudablemente condiciones que también viven las mujeres de nuestro estudio como miembros de esta sociedad. [115]

La justicia social es un imperativo ético, político y jurídico del Estado. Además, es un deber moral de los ciudadanos. Por ello, en una democracia, derechos individuales y colectivos y solidaridad constituyen conceptos claves para promover y realizar la justicia social en un nuevo marco ético de convivencia. El

estado debe ser garante de la equidad y de la justicia social. Si éste no cumple con su deber central para con la sociedad, abandonaría gravemente su funciones, que no son otra cosa que garantizar la realización de los derechos de ciudadanía de todos, y por lo mismo, la igualdad de oportunidades. El estado debe ser el garante de la satisfacción de las necesidades básicas de todos sus ciudadanos (CONCHA 2003). [116]

5. Conclusiones

El proceso de normalización de las barreras que se describe en este artículo se desarrolla sobre la base de que las personas se acostumbran a enfrentar diferentes tipos de barreras, como las que se tienen en el acceso a los servicios de salud que se relacionan con determinantes individuales, organizacionales y sociales descritos por ADAY y ANDERSEN (1974), expresados en: la dispendiosa tramitología (WIESNER et al. 2006), un aseguramiento en salud que no significa acceso real (ECHEVERRI 2002), las barreras financieras que se constituyen en el principal obstáculo para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados (MEJÍA et al. 2007), esta situación es el mayor problema en nuestro países (RODRÍGUEZ & ROLDÁN 2009; ECHEVERRI 2002; MEJÍA et al. 2007) y en otros países (FRISBY 2002; STEIN et al. 1991; GRANA 1998), porque no existe la ansiada equidad en salud (FLÓREZ et al. 2007), porque respecto al acceso a la mamografía, se identifica que es una de las mayores inequidades. [117]

Existe pobre comunicación con los servicios hospitalarios y no se reciben las guías para la educación y las practicas clínicas adecuadas (DALY & COLLINS 2007; WIESNER et al. 2006; GRANA 1998; HEWITT et al. 2004; ARORA 2003; STEIN et al. 1991), todo esto aunado al hecho de las dificultades de comunicación e interacción efectiva con los profesionales de la salud y la autoridad de los médicos, aún no cuestionada en nuestro medio como en otros países (STARR 1983). [118]

Es claro que la existencia de barreras es asunto de naturaleza ética que debe ser revisado como tal Stephen WILLIAMS y Paul TORRENS (1999, p.123), por eso es necesario que lo descrito como un proceso de normalización de las barreras sea denunciado y cuestionado, ¿por qué no somos capaces de ver la fallas de sistema como responsabilidad del estado? (DUDWICK et al. 2003) ¿por qué aceptamos la mala atención como algo normal de los tramites?, ¿por qué nos acostumbramos a una nueva clase de lo normal con muy bajas estándares de calidad ? (PASCALE 1995). Contra esta inercia social proponemos las estrategias de empoderamiento que sugiere el Banco Mundial (WORLD BANK 2002), o el fomento de capital humano que (PUTNAM 2002; SUDARSKY 1999), necesitan las mujeres del estudio y otras colombianas para que accedan a la tan ansiada justicia social. Ya que sabemos que las injusticias sociales tienden a ser invisibles (FERZZOLA 2007), sabemos que las mujeres en Colombia tienen condiciones de inequidad preocupantes (ECHEVERRI 2002). El Estado Social es un sistema que se propone fortalecer servicios y garantizar derechos considerados esenciales para mantener el nivel de vida necesario para participar como miembro pleno en la sociedad (CARBONELL & WISTANO 2009), se

descubre acá ante la población las ignominias de un Estado por la poca eficiencia en el cumplimiento de su deber. Esto tiene que ver con el principio del Estado Social de Derecho, el cual debe reflejar la relación entre las autoridades y las personas individualmente consideradas, en la adopción de medidas que deben consultar la realidad fáctica sobre la cual deben surtir efectos, con miras a materializar la finalidad primordial de las instituciones públicas: Promover condiciones de vida dignas para toda la población. [119]

6. Alcances y limitaciones

Múltiples estudios han encontrado similares hallazgos a los nuestros en la percepción de los riesgos de las mujeres y también han dado buena cuenta de las múltiples barreras que el sistema plantea para la mujeres en muy diversas partes del mundo revelando la universalidad de muchas experiencias que nosotras encontramos, sin embargo, nuestro estudio tiene el valor de hacer una denuncia sobre barreras que emergen del acceso, al estar sometidas a un proceso de invisibilización y acostumbramiento que puede explicar su persistencia en nuestro medio y posiblemente en otros contextos sociales donde las condiciones políticas no produzcan usuarias de salud empoderadas. La mayor limitación del estudio es el tamaño de muestra que se debe a situaciones logísticas de investigación. [120]

Referencias

- Aday, Lu Ann & Andersen, Ronald (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Angus, Jan; Lee-Miller, Karen; Pulfer, Tammy & McKeever, Patricia (2006). Studying delays in breast cancer diagnosis and treatment: Critical realism as a new foundation for inquiry. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 62-70.
- Arksey, Hilary & Knight, Peter (1999). *Interviewing for social scientists. An introductory resource with examples*. Londres: Sage.
- Arora, Neeraj (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791-806.
- Blumer, Herbert (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bryant, Antony & Kathy Charmaz (Eds.) (2007). *The SAGE handbook of grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Carbonell, Miguel & Wistano, Luis (2009). *Estado de derecho: concepto, fundamentos y democratización en América latina*. México D.F.: Siglo XXI Ediciones.
- Cassiani, Silvia Helena & Almeida, Maria Cecilia (1999). Teoría fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos. *Cogitare enferm*, 4(2), 13-21.
- Castillo, Edelmira & Vásquez, Martha (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34, 164-167.
- Charmaz, Kathy (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- [Cisneros-Puebla, Cesar A.](#) (2004). "Aprender a pensar conceptualmente". [Juliet Corbin](#) en conversación con César A. Cisneros-Puebla. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 5(3), Art. 32, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403325>. [Fecha de acceso: 4 junio 2008].
- Clarke, Adele (2005). *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Clarke, Adele (2009). From grounded theory to situational analysis: What's new? Why? How?". En Janice Morse, Phyllis Noerager Stern, Juliet Corbin, Barbara Bowers, Kathy Charmaz & Adele Clarke (Eds.), *Developing grounded theory: The second generation* (pp.194-234). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Concha, Miguel (2003). El compromiso por la justicia social, una exigencia de la ética civil y política. *Revista de contaduría y administración*, 211, 32-36.
- Congreso de Colombia (1993). *Ley 100 de 1993*, <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%20100%20de%201993.pdf> [Fecha de acceso: 24 octubre 2008].
- Corbin, Juliet & Strauss, Anselm (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Correa Ochoa, Beatriz Helena (2006). Una experiencia transformadora: mi crecimiento como budista a través del cáncer. *Budismo hoy*, 1, 33-35.
- Corte Constitucional (2008). *Sentencia T 760*, http://www.escri-net.org/usr_doc/SentenciaSALUDT-760-2008.pdf [Fecha de acceso: 24 octubre 2008].
- Creswell, John (1998). *Qualitative inquiry and research design choosing among five*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Daly, Helena & Collins, Claire (2007). Barriers to early diagnosis of cancer in primary care: A needs assessment of GPs. *Irish Medical Journal*, 100(10), 624-626, <http://www.cancer.ie/pdfs/IMJ%20-%20S3952%20Barriers%20to%20Early.pdf> [Fecha de acceso: 3 marzo 2008].
- Daniels, Norman (1985). *Justice health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Denzin, Norman & Lincoln, Yvonna (Eds.) (2000). *Handbook of qualitative research* (2da edición). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia (2005). *Registro poblacional de cáncer en Antioquia*, <http://www.dssa.gov.co/index.php/salud-publica/vigilancia-epidemiologica/bias/134-bias-2005> [Fecha de acceso: 26 mayo 2006].
- Draucker, Claire; Martsof, Donna; Ross, Ratchneewan & Rusk, Thomas (2007). Theoretical sampling and category development in grounded theory. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1137-1148.
- Dudwick, Nora; Gomart, Elizabeth; Marc, Alexandre; Kuehnast, Kathleen & Kanbur, Ravi (2003). *When things fall apart: Qualitative studies of poverty in the former Soviet Union*. Washington DC: World Bank Publications.
- Echeverri, Esperanza (2002). La salud en Colombia: abriendo el siglo ... y la brecha de las inequidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), 76-94, <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/545/54510306.pdf> [Fecha de acceso: 4 marzo 2008].
- Ferzola, Max (2007). *En lo que se refiere a la injusticia social, los ricos ven lo que cree*, <http://www.neoteo.com/en-lo-que-se-refiere-a-injusticia-social-los-ricos.neo> [Fecha de acceso: 1 marzo 2008].
- Flórez, Carmen Elisa; Soto, Victoria Eugenia; Acosta, Olga Lucía; Karl, Claudio; Misas, Juan Diego & Forero, Nohora (2007). *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*, http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Salud/Documento_15_Equidad_2.pdf [Fecha de acceso: 3 enero 2008].
- Frisby, Cynthia (2002). Messages of hope: Health communication strategies that address barriers preventing black women from screening for breast cancer. *Journal of Black Studies*, 32(5), 489-505, <http://links.jstor.org/sici?sici=00219347%28200205%2932%3A5%3C489%3AMOHHC%3E2.0.CO%3B2-B> [Fecha de acceso: 12 diciembre 2007].
- Glaser, Barney (1978). *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, Barney & Strauss, Anselm (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Grana, Generosa (1998). Ethnic differences in mammography use among older women: Overcoming the barriers. *Annals of internal Medicine*, 128(9), 773-775, <http://www.annals.org/content/128/9/773.short?related-urls=yes&legid=annintmed;128/9/773&cited-by=yes&legid=annintmed;128/9/773> [Fecha de acceso: 21 junio 2008].
- Hewitt, Maria Elizabeth; Herdman, Roger & Holland, Jimmie (2004). *Meeting psychosocial needs of women with breast cancer*. Washington, DC: The National Academies Press (NAP),

http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10909&page=R1 [Fecha de acceso: 12 diciembre 2007].

Instituto Nacional de Cancerología (2002). *Mortalidad por cáncer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2002*, http://www.cancer.gov.co/documentos/794_cancer.pdf [Fecha de acceso: 18 enero 2011].

Marshall, Catherine & Rossman Gretchen B. (2006). *Designing qualitative research* (4a edición) Thousands Oaks: Sage.

Mejía, Aurelio; Sánchez, Andrés & Tamayo, Juan (2007) Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 9(1), 26-38, <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf> [Fecha de acceso: 6 enero 2008].

Ministerio de la Protección Social (2008). *Listado de procedimientos del POS régimen subsidiado*, <http://www.pos.gov.co/Paginas/procedimientosrs.aspx> [Fecha de acceso: 4 junio 2008].

Ministerio de Salud (1993). *Resolución 8430 de 4 de octubre de 1993. Título II de la investigación con seres humanos. Artículo 11*, http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica_res_8430_1993.pdf [Fecha de acceso: 2 mayo 2008].

Ministerio de Salud (2000). *Normas técnicas para la detección temprana del cáncer de seno*, http://www.hospitalraulorejuelabueneose.gov.co/SOPORTE_MAGNETICO_DE_NORMAS_2009/SUBDIRECCION_CIENTIFICA/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/DeteccionTempranadelCancerdeSeno.pdf [Fecha de acceso: 30 mayo 2006].

Morse, Janice (2009). Tussles, tensions and resolutions. En Janice Morse, Phyllis Noerager-Stern, Juliet Corbin, Barbara Bowers, Kathy Charmaz & Adele Clarke (Eds.), *Developing grounded theory: The second generation* (pp.13-21). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

Morse, Janice & Field, Paggy-Anne (1995). *Qualitative research methods for health professionals*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Morse, Janice; Niehaus, Linda; Varnhagen, Stanley; Austin Wendy & McIntosh, Michele (2008). Qualitative researchers' conceptualizations of the risks inherent in qualitative interviews. *International Review of Qualitative Research*, 1(2), 195-215.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Normas internacionales para la salud de mama y el control de cáncer de mama*, <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/pcc-breast-cancer-guidelines.htm> [Fecha de acceso: 21 junio 2006].

Pan American Health Organization (2006). *Breast Health Global Initiative / BHGI*, <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/pcc-bhgi-about.htm> [Fecha de acceso: 26 mayo 2006].

Pascale, Celine-Marie (1995). Normalizing poverty. *Z Magazine*, 8, 38-42.

Patton, Michel (2001). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Powers, Madison & Faden, Ruth (2006). *Social justice: The moral foundations of public health and health Policy*. New York: Oxford University Press.

Putnam, Robert (2002). *Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society*. New York: Oxford University Press.

Rivera, Diana (2005). La política del cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 9(1), 29-33.

Robles, Sylvia C. & Galanis, Elini E. (2002). El cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 143-147, http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000800016 [Fecha de accesos: 26 mayo 2006].

Rodríguez, Sandra & Roldán, Paola (2009). Barreras en el acceso a los servicios de salud. *El Heraldo*, <http://blogs.uninorte.edu.co/media/users/cacorredor/File/agosto24.pdf> [Fecha de acceso: 30, noviembre, 2009].

Starr, Paul (1983). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.

Stein, Judith; Fox, Sara & Murata, Paul (1991). The influence of ethnicity, socioeconomic status, and psychological barriers on use of mammography. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(2), 101-113.

Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (1998). *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. London: Sage.

Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

FQS 12(2), Art. 5, Clara Victoria Giraldo & Grey Yuliet Ceballos G.: Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama

Sudarsky, John (1999). El capital social de Colombia. *Departamento Nacional De Planeación, Republica de Colombia*, http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/122.pdf [Fecha de acceso: 21 agosto 2007].

Valencia, Marta; Gonzales, Germán; Agudelo, Nelson; Acevedo, Liliana & Vallejo, Isabel (2007). Acceso a los servicios de urgencias en Medellín, 2006. *Rev. Salud Pública*; 9(4), 529-540.

Wiesner, Carolina; Vejarano, Marcela; Caicedo, Juan; Tovar, Sandra & Cendales, Ricardo (2006). Cervical cytology in Soacha, Colombia: social representation, barriers and motivation. *Rev. Salud Pública*, 8(3), 185-196.

Williams, Stephen & Torrens, Paul (1999). *Introduction to health services*. Albano: Delmar Publishers.

World Bank (2002). *Empowerment and poverty reduction a sourcebook*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development.

Autoras

Clara Victoria GIRALDO, Prof, Ps, MSC, Ph.D es Psicóloga, Magister en Salud Colectiva y doctora en Sociología de la University of North Texas, actualmente es la coordinadora del Grupo de Salud de las Mujeres de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia). En la actualidad lidera varias investigaciones y trabajos con perspectiva de género en el área de salud reproductiva, violencia contra la mujer, promoción de la salud y enfermedad crónica.]

Contacto:

Clara Victoria Giraldo Ps, MSC, Ph. D.
Extensión y Postgrados
Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia
Calle 64 N 53-09 oficina-305 Medellín, Colombia

Tel.: 57-4-2196355
Fax: 57-4-2110058

E-mail: clara2000g@hotmail.com,
clarag@tone.udea.edu.co
URL: <http://www.udea.edu.co/>

Grey CEBALLOS, Enfermera de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), ha trabajado en investigación de cáncer de mama desde grupos de investigación en genética médica con una base cuantitativa y con un enfoque cualitativo desde el grupo de salud de las mujeres de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, con experiencia en atención domiciliaria y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y enfermedades crónicas.

Contacto:

Grey Yuliet Ceballos García
Extensión y Postgrados
Facultad de Enfermería-Universidad de Antioquia
Calle 64 N 53-09 oficina-305 Medellín, Colombia

Tel.: 57-4-430-4356
Fax: 57-4- 2308564

E-mail: gceballos@cuidandote.com.co,
yulietcg@hotmail.com
URL: <http://www.cuidandote.com.co/>

Cita

Giraldo, Clara Victoria & Ceballos, Grey Yuliet (2011). Acostumbrarse a las barreras: Estudio cualitativo de las barreras del sistema de salud colombiano para el diagnóstico y tratamiento oportuno de cáncer de mama [120 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 12(2), Art. 5, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs110252>.