



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Calidad en el proceso de diagnóstico a mujeres con cáncer de seno en hospitales  
y clínicas de países iberoamericanos: revisión de la literatura  
en el periodo comprendido entre 2010- 2020**

**Francisco Alberto Paternina Melendrez**

**Trabajo de grado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis en  
Gestión de Servicios de Salud.**

**Asesora**

**Gilma Stella Vargas**

**Magister en ciencias de la administración**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez**

**Administración en Salud**

**Medellín, Antioquia, Colombia**

**2022**

Cita	Paternina Melendrez (1)
<b>Referencia</b>	(1) Paternina Melendrez FA. Calidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de seno en hospitales y clínicas: Periodo 2010- 2020 en países iberoamericanos [Trabajo de grado profesional]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022.
<b>Estilo Vancouver/ICMJE (2018)</b>	



Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/Director:** José Pablo Escobar Vasco.

**Jefe departamento:** Nelson Armando Agudelo Vanegas.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Agradecimientos**

A Dios por ser el principio y fin de todo cuando existe y por ser el inspirador de este sueño académico que está por cumplirse.

A mis padres, especialmente a mi madre por ser siempre el mayor apoyo en mis estudios, logros académicos y personales, por ser el motor y por recordarme en cada caída que la vida sigue, y que existen muchísimas personas que necesitaran de mí.

Pero también a mi asesora académica, por su disposición, su direccionamiento y cada consejo que me dio en este proceso de trabajo.

A mis docentes y a la facultad nacional de salud pública en general que gracias a su vocación y misión compartieron conmigo el mayor recurso, el conocimiento. Gracias a todos los mencionados por ser parte de este camino, de mis aprendizajes y de mi vida

## Tabla de contenido

Resumen	8
Abstract	10
Introducción	12
1 Planteamiento del problema	15
<b>1.1 Antecedentes</b>	15
1.2 Descripción del problema	19
2. Justificación	24
3 Objetivos	27
3.1 Objetivo general	27
3.2 Objetivos específicos	27
4 Marco Teórico	28
4.1 El cáncer de mama	28
4.2 Detección temprana y diagnóstico	29
4.3 Calidad	31
4.4 Evaluación de la garantía de la calidad	32
4.4.1 Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud	33
4.5 Proceso de atención	34
4.5.1. Anamnesis y exploración clínica	34
4.6. Epidemiología	35
5 Metodología	37
5.1 Tipo y diseño de estudio	37
5.2 Plan de recolección de la información	39
5.3 Criterios de inclusión y exclusión	39
5.3.1 Criterios de inclusión	39
5.3.2 Criterios de exclusión	39
5.4 Procedimiento de búsqueda y revisión de parámetros	40
6. Consideraciones Éticas	43

---

7. Resultados	45
7.1 Caracterización de las barreras de acceso que han experimentado las pacientes con cáncer de mama durante el uso de los servicios de salud	46
7.2 Descripción de la calidad brindada en el proceso diagnóstico del cáncer de mama en hospitales y clínicas	49
7.3 Determinación de las estrategias utilizadas por los prestadores de servicios de salud para enfrentar las barreras de acceso a los servicios de salud	54
8. Discusión	57
9. Conclusiones	59
Referencias	63
Anexos	70
Anexo 1. Cronograma	70
Anexo 2. Presupuesto	71
General	71
Recurso Humano	71
Material Fungible	72
Equipos Técnicos	72

## **Tabla de figuras**

Ilustración 1. Flujograma de búsqueda, selección y análisis .....	42
---	----

**Lista de tablas**

Table 1. Cronograma	57
Table 2. Presupuesto General	58
Table 3. Presupuesto Recurso Humano	58
Table 4. Presupuesto Material Fungible	59
Table 5. Presupuesto Equipos Técnicos	60

## Resumen

**Contexto:** El cáncer de mama es uno de los trastornos crónicos que afecta en gran medida la salud y la calidad de vida de las personas. En 2020, hubo más de 210,000 nuevos diagnósticos de cáncer de mama en América Latina y el Caribe, y casi 68,000 muertes. Alrededor de la mitad de los casos se desarrollan en mujeres sin factores de riesgo identificados además de ser mujeres con 40 años o más. El tratamiento del cáncer de mama puede ser eficaz, especialmente cuando se detecta a tiempo.

**Objetivo:** El propósito de este estudio es analizar la evaluación de la calidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de mama en hospitales y clínicas en Iberoamérica durante el periodo comprendido entre 2010 y 2020

**Método:** Para ello se tomó en cuenta la literatura encontrada en el metabuscador Google Académico y en las bases de datos de Scielo, LILACS, Redalyc, Bireme, además de entes gubernamentales nacionales e internacionales (OPS, OMS, asociación Latinoamericana de Nefrología, etc.) que cumplieran con ciertos criterios de elegibilidad planteados.

**Resultados:** Entre las dificultades referentes a la accesibilidad que se encuentran en los servicios de salud, uno de los factores citados por las mujeres entrevistadas en un estudio, fue el retraso en el marcado de las pruebas y consultas por el sistema de salud. Este hecho es debido al gran número de usuarios del sistema junto a la falta de recursos para satisfacer la demanda y cumplir eficientemente los servicios ofrecidos. Muchas de las mujeres no tienen ingresos fijos, dependiendo de la familia para ayudarles en el gasto. En estos casos, es importante tener en cuenta también que a veces las mujeres dudan en pagar por su cuidado a fin de no interferir en el ingreso familia. Además, el hecho de que dos tercios de las mujeres entrevistadas no reside en la capital del estado, donde se realizan las pruebas, cirugías y tratamientos más avanzados, es otra gran dificultad reportado por las mujeres



**Conclusión:** No todos los grupos económicos tienen disponibilidad de pagar montos por tratamientos específicos, además de los gastos adicionales generados en viajes, trámites y demás. Los objetivos básicos de los entes responsables deben ser el fortalecimiento y la capacidad de recursos humanos aptos para proveer servicios más eficientes y de más alta calidad

**Palabras clave:** Diagnóstico, Cáncer de mama, Iberoamérica, Calidad de vida.

## Abstract

**Context:** Breast cancer is one of the chronic disorders that greatly affects people's health and quality of life. In 2020, there were more than 210,000 new breast cancer diagnoses in Latin America and the Caribbean, and nearly 68,000 deaths. About half of the cases develop in women with no identified risk factors in addition to being women aged 40 or older. Breast cancer treatment can be effective, especially when caught early.

**Objective:** The purpose of this study is to analyze the evaluation of quality in the process of diagnosing patients with breast cancer in hospitals and clinics in Latin America during the period between 2010 and 2020

**Method:** To do this, the literature found in the Google Scholar metasearch engine and in the databases of Scielo, LILACS, Redalyc, Bireme, as well as national and international government entities (PAHO, WHO, Latin American Nephrology Association, etc.) that met certain eligibility criteria was taken into account.

**Results:** Among the difficulties related to accessibility found in health services, one of the factors cited by the women interviewed in a study was the delay in the marking of tests and consultations by the health system. This fact is due to the large number of users of the system together with the lack of resources to meet the demand and efficiently meet the services offered. Many of the women do not have fixed incomes, depending on the family to help them in spending. In these cases, it is also important to note that sometimes women are hesitant to pay for their care so as not to interfere with family income. In addition, the fact that two-thirds of the women interviewed do not reside in the state capital, where the most advanced tests, surgeries and treatments are performed, is another major difficulty reported by women.

**Conclusion:** Not all economic groups are willing to pay amounts for specific treatments, in addition to the additional expenses generated in trips, procedures and others. The

basic objectives of the responsible entities should be the strengthening and capacity of human resources capable of providing more efficient and higher quality services.

**Keywords:**. Diagnosis, Breast cancer, Ibero-America, Quality of life.

## Introducción

El cáncer es una de las enfermedades con mayor mortalidad en el mundo, teniendo en cuenta que se encuentra entre las primeras causas de muerte en niños adultos jóvenes y adultos mayores, considerando cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Una de las tipologías de cáncer más frecuentes en mujeres es el cáncer de mama, puesto que una de cada ocho mujeres está afectada por dicha enfermedad, siendo aproximadamente un millón de cánceres de mama descubiertos anualmente, donde 400.000 mujeres mueren (1).

Dicha patología es poco sintomática en su inicio, y la aparición de una tumoración, que es la mayoría de las veces detectada por un profesional del área de enfermería, es la manifestación inicial en el 75% de los casos detectados, seguida en frecuencia por la secreción del pezón que se da en el 10% de los casos. Cabe destacar que, el cáncer de mama es una enfermedad multifocal, multifactorial, polimorfa y heterogénea, se desarrolla y crece en un terreno individualizado, tiene expresiones biológicas concretas y fases bien definidas, por lo que reclama de un tratamiento selectivo (2). Se señala que esta enfermedad es curable en más del 95% de los casos, siempre que se detecte tempranamente (3).

En los últimos años, uno de los conceptos aceptados como criterio para evaluar los resultados del tratamiento, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas físicas y mentales, es la calidad de vida (CV). La calidad de vida es un concepto multidimensional que indica el sentimiento de bienestar y satisfacción hacia aspectos importantes de la vida de las personas y que es una herramienta que permite investigar y medir la condición de salud en diferentes dominios de la vida. La Organización Mundial de la Salud ha definido la calidad de vida como la comprensión de cada persona desde la vida, los valores, las metas, los estándares y los intereses individuales (4).

El cáncer es uno de los trastornos crónicos que afecta en gran medida la salud y la calidad de vida de las personas. El diagnóstico de cáncer es una experiencia muy desagradable para todos y puede provocar disfunciones económicas, sociales y familiares. Los trastornos mentales y físicos en pacientes con cáncer pueden tener un papel importante en la calidad de vida baja. En los pacientes con cáncer, como en cualquier otra enfermedad crónica, debido a la falta de un tratamiento definitivo para la mayoría de ellos, el objetivo principal es maximizar la calidad de vida. De hecho, el objetivo principal del equipo de atención médica en el tratamiento de muchos pacientes con cáncer es maximizar las capacidades ocupacionales y mejorar el desempeño de los aspectos físicos, mentales y sociales de la calidad de vida (5).

La mayoría de los estudios sobre el cáncer de mama se han centrado en los retrasos en el diagnóstico, mostrando una gran variabilidad, tardando entre un 1,4% y un 19% más de lo esperado. La demora diagnóstica ha sido mayor en masas auto detectadas, y en síntomas diferentes a una masa (6). Por esta razón, algunos países han establecido un tiempo máximo para que las mujeres con sospecha de cáncer de mama tengan un diagnóstico claro y comiencen el tratamiento. Sin embargo, la relevancia del tratamiento es otro factor clave para la supervivencia (7).

Las instituciones y los equipos médicos que trabajan con pacientes con cáncer de mama juegan un papel importante en la monitorización preoperatoria, posoperatoria y en los preparativos para el alta. Las pacientes con esta enfermedad deben ser asesoradas con sus familiares para que comprendan claramente los objetivos del tratamiento y sus consecuencias (8).

Las mujeres de grupos económica y socialmente desfavorecidos tienen mayores barreras de entrada a los servicios de salud lo que determina el desempeño de cánceres más avanzados y mayores retrasos en el tratamiento y cumplimiento. Un estudio en Colombia mostró que, bajo el sistema de seguro de salud, el tratamiento del cáncer de mama es injusto: las mujeres bajo el sistema de subsidios y las mujeres no subsidiarias enfrentan

severas barreras de entrada debido a viajes, trámites administrativos y costos de tratamiento (9).

El aseguramiento de la calidad del proceso de diagnóstico significa una serie de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas encaminadas a evitar, prevenir o resolver rápidamente situaciones que puedan tener un impacto negativo en el mayor beneficio posible del paciente y con el menor riesgo. Por tanto, la evaluación de la calidad del proceso de diagnóstico es muy importante en el sistema general de la organización, especialmente en todos los sistemas, lo que hace que las personas que hacen políticas y asignan recursos necesiten cada vez más datos objetivos para orientar a las personas de la organización en la decisión y a la persona que presta el servicio (10).

En Colombia, con el fin de cumplir con lo dispuesto en la Constitución y atender las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, el Estado colombiano introdujo en el sistema de salud todas las normas que deben cumplir los aseguradores y prestadores para tal efecto, actualmente el decreto 1011 de 2006 compilado por el decreto 780 de 2016, resolución 3280 de 2018 y 3100 de 2019. La resolución fue establecida para asegurar la plena atención de los usuarios. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud a través de la definición e implementación de indicadores para evaluar la calidad y cumplir con los atributos de la misma en el sistema.

La definición de indicadores y estándares permite comparar el desempeño del sistema con los valores esperados, lo cual es fundamental para identificar brechas, corregir deficiencias y lograr los resultados de atención deseados, por ejemplo, mejorar la salud. Los sistemas de salud buscan garantizar el acceso, independientemente de la condición socioeconómica y el grupo étnico del individuo, asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos de enfermedades (11).

## 1 Planteamiento del problema

### 1.1 Antecedentes

El cáncer es una de las enfermedades con mayor mortalidad en el mundo, teniendo en cuenta que se encuentra entre las primeras causas de muertes, considerando cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(1). Los primeros casos se recogen en el Papiro de Edwin Smith entre el año 3000 y el 2500 a. de C, en el cual se menciona el tratamiento de tumores mediante el hierro y el fuego (2).

Una de las tipologías de cáncer más frecuentes en la mujer es el de mama, representa el 16% de todos los cánceres femeninos, y una de cada ocho mujeres está afectada hoy en día por este flagelo, se estima que de aquí a 20 años ésta cifra podría subir a una de cada 7 féminas (1). Dicha patología es una enfermedad tan antigua como lo es la vida en nuestro planeta (3), es poco sintomática en su inicio y la aparición de una tumoración, la mayoría de las veces detectada por la enfermera, es la manifestación inicial en el 75% de los casos, seguida en frecuencia por la secreción del pezón que se da en el 10% de los casos (1). Es una enfermedad multifocal, multifactorial, polimorfa y heterogénea, se desarrolla y crece en un terreno individualizado, tiene expresiones biológicas concretas y fases bien definidas, por lo que reclama de un tratamiento selectivo (4).

La Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (12). Para afrontar este problema, la OMS propone desarrollar programas de promoción y prevención, para una detección temprana y un tratamiento oportuno. Estos programas requieren de una evaluación continua en sus diferentes

etapas de desarrollo, para garantizar (30) la calidad en la atención en salud, obteniendo un verdadero Impacto (13).

La evaluación y la mejora de la calidad y el respeto a los derechos humanos, tanto en establecimientos hospitalarios como ambulatorios, son elementos fundamentales para corregir esta situación. Una evaluación exhaustiva de los establecimientos puede ayudar a identificar los problemas en las prácticas de atención de salud existentes, como también a planificar vías eficaces que garanticen que los servicios sean de buena calidad, respetuosos de los derechos humanos, sensibles ante las necesidades de los usuarios y que promuevan su autonomía, dignidad y derecho a decidir por sí mismos. La evaluación es importante no sólo para corregir descuidos o abusos ya producidos, sino que también para garantizar el desarrollo de servicios efectivos y eficientes en el futuro (1,2). Adicionalmente, los resultados y las recomendaciones de una evaluación de la calidad y los derechos humanos pueden asegurar que las políticas, planes.

La OPS trabaja con los países de la región para reducir 25% las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles, entre ellas el cáncer, para 2025. A través de su plan de acción lanzado en octubre de 2013 promueve estrategias de reducción del uso de tabaco y alcohol, apoya la introducción de la vacuna contra el VPH y las pruebas de detección; e impulsa mejoras en la calidad y el acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama. También fomenta mejoras en los servicios de radiología y en el acceso a medicamentos de quimioterapia esenciales y asequibles; así como promueve la expansión del acceso a programas de cuidados paliativos y opioides para el alivio del dolor y el manejo de síntomas. Entre las estrategias propuestas por la OPS para reducir el riesgo de cáncer, así como de otras enfermedades no transmisibles, figuran:

- Aumentar los impuestos, restringir el acceso y advertir sobre los peligros del tabaco y del uso nocivo del alcohol.
- Promover la conciencia pública acerca de la dieta saludable, la actividad física y el peso saludable.



- Inmunizar contra la hepatitis B desde el nacimiento para prevenir el cáncer de hígado, y contra el Virus del Papiloma Humano a las adolescentes para prevenir el cáncer cervicouterino.

En América Latina, por ejemplo, constituye la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, desplazando en diversos países al cáncer cervicouterino. En los Estados Unidos, esta enfermedad representa el 27% del total de cánceres en el sexo femenino. En México corresponde al 9% del total de las neoplasias y al 15% de las que afectan a dicho sexo. En España, es el tumor maligno más frecuente en las mujeres con un 30% y la primera causa de muerte por estas afecciones; es el tumor que mayor número de muertes produce en la mujer en Cuba, donde se diagnostican actualmente más de 20 mil nuevos casos al año; de ellos, más de 2200 se localizan en las mamas femeninas (6).

Se señala que esta enfermedad es curable en más del 95% de los casos, siempre que se detecte tempranamente (14); aunque existen criterios estandarizados de tratamiento, basados en la evidencia y difundidos por las sociedades científicas, el 15% de las pacientes en estados unidos y un porcentaje no evaluado en Colombia, no recibe el tratamiento sugerido que es el que, según la evidencia, tiene los mejores resultados (7).

En Colombia durante el período 2004 a 2008, el cáncer en la mujer constituyó el 19.6% del total de muertes, con 15.848 fallecimientos por año, siendo el de mama la mayor causa con 12,3%. En el 2019, El cáncer de mama fue el más frecuente entre los casos nuevos de los 11 tipos de cánceres priorizados y también el responsable de la mayor cantidad de muertes notificadas a la Cuenta de Alto Costo durante el 2020.

Además, continúa siendo el más común en las mujeres con el 28% del total de casos nuevos. Este cáncer incrementó su tasa de mortalidad en el país de 7,4 muertes por 100.000 mujeres en el período 1989 a 1993 a 9,1 muertes por 100.000amenzas mujeres para los años 2004 a 2008, siendo más afectados los departamentos de San Andrés, Valle del Cauca, y Quindío con 11,6, 10,9 y 10,7 muertes/100.000 mujeres, respectivamente. En el Departamento de Santander el cáncer de mama es el segundo

valor entre las mujeres al determinar la carga de la enfermedad a través de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) por muerte prematura.

En cuanto a la incidencia, al comparar la tasa ajustada por edad con otros países Latinoamericanos, Colombia tiene una menor incidencia que Argentina, Brasil y Perú (9); el cáncer de mama ha tenido un ascenso gradual y permanente según lo muestran los reportes del registro poblacional de cáncer de Cali, constituyéndose como el primer cáncer en incidencia en mujeres en Colombia con una tasa de estandarizada por edad de 48 x 100.000 mujeres por año y una tasa de mortalidad media anual estandarizada por edad de 13,7 x 100.000 mujeres por año. Las causas directas de esta mortalidad no han sido sin embargo plenamente identificadas, si bien se conocen los principales sitios de metástasis en esta enfermedad (8).

Para el departamento Antioquia, en el periodo correspondiente a 2010-2014 se registraron 56.650 casos nuevos de cáncer en el Registro Poblacional de Cáncer de Antioquia RPC-A, (60,1% en mujeres). El 45% de los casos nuevos y 48,9% de las defunciones por cáncer ocurrieron en residentes permanentes del municipio de Medellín (9). La información suministrada por el Registro Poblacional de Cáncer RPC-A nos indica que el cáncer es un problema de salud pública en nuestra Ciudad, fue la segunda causa de muerte después de las enfermedades del sistema circulatorio y responsable del 25% de las muertes ocurridas en la ciudad.

Durante el quinquenio del 2010 al 2014 ocasionó en promedio 5.225 casos nuevos y 2.963 defunciones al año en residentes de la ciudad de Medellín, según información suministrada por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (9). Para el año 2018, fueron notificados al Registro Poblacional de Cáncer 11.566 casos nuevos de cáncer en ambos sexos y en todas las edades. El cáncer de mama siempre ha ocupado el primer lugar con un porcentaje de 13.5 a 17.1%. (9)

## 1.2 Descripción del problema

En el tratamiento de cáncer de mama, desde 1980 se han realizado importantes avances y se ha percibido que en los países de ingresos elevados la mortalidad por cáncer de mama se redujo en un 40%, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos esas mejoras todavía no se han logrado de manera satisfactoria, todo esto teniendo presente que los resultados positivos que se evidencian son el resultados de la combinación de estrategias de detección precoz, la efectividad de las terapias ofrecidas básicamente ligadas a la cirugía, la radioterapia y la farmacoterapia (15).

En Colombia, uno de los factores críticos en la atención del cáncer es la oportunidad con la que se instauran los tratamientos. En cáncer de mama las demoras se han asociado con una menor supervivencia: un tiempo superior a tres meses entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento disminuye la supervivencia global en 12%. Las diferentes aseguradoras y prestadoras generan grandes gastos debido al diagnóstico incompleto de cáncer de mama, así mismo aumento en los estadios del tumor, proporcionando que los pacientes lleguen hasta en un estadio de metástasis, generando grandes costos de tratamiento para el sistema de salud y de problemas tanto físicos, como emocionales y familiares, además del número de intervenciones de quimioterapia y radioterapia (6).

Para los expertos de la salud, en particular para los médicos internistas, ordenar test de laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas ha sido parte integral del proceso diagnóstico, constantemente de la mano con un juicioso criterio clínico. El proceso de decidir en qué momento y cuáles pruebas ordenar se ha fundado básicamente en su entendimiento de la enfermedad clínica, en consideraciones diagnósticas diferenciales, en su vivencia, así como en las sugerencias de guías clínicas u otras consideraciones, sin embargo, otros componentes no tan evidentes tienen la posibilidad de influenciar la elección de pedir test paraclínicos.

Es por esta razón que, tanto para los pacientes como para los médicos, permanece la necesidad inherente de minimizar la incertidumbre diagnóstica y se busca el mejoramiento de la calidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de seno en hospitales y clínicas, además, de la necesidad de cubrimiento frente a ocasionales solicitudes por omisión, donde se busca saciar presiones de pacientes y parientes. Al final, un lado más oscuro de esta lista de motivaciones lo constituye visiblemente la vida de intereses individuales y económicos más allá de consideraciones puramente clínicas. La OMS propuso desarrollar programas de promoción y prevención, garantizando detección temprana y tratamiento oportuno. Estos programas requieren evaluación y mejoramiento continuo en sus diferentes etapas de desarrollo, para garantizar la calidad en la atención en salud (6).

Es por esto por lo que una herramienta para informar el estado de las evaluaciones de calidad del proceso de diagnóstico del cáncer de mama, disminuir riesgos y ayudar a afrontar en cada etapa del proceso de diagnóstico tanto a las pacientes como a los prestadores de salud es el mejoramiento continuo y la información. Un paciente bien informado tiene una relación más fluida con su médico y es capaz de asimilar más fácilmente los acontecimientos que ocurren durante el transcurso de la enfermedad, de ahí que se haya analizado hasta qué punto las mujeres con cáncer de mama conocen su enfermedad. Tener conocimiento acerca de las patologías de salud propias o su riesgo de desarrollar diferentes condiciones puede ayudar a las mujeres a tomar medidas para mantener o mejorar su salud (16).

La evaluación de la calidad de las prestaciones de salud ha cobrado trascendencia en los últimos años por algunas causas. Por un lado, la creciente facilidad de ingreso a la información ha creado una población de pacientes que conocen bien su enfermedad y las alternativas de procedimiento; los que disponen de la probabilidad de escoger donde tratarse, necesitan de información objetiva sobre el funcionamiento de cada centro para tomar su elección, sin embargo, las instituciones proveedoras de salud han avanzado en el proceso de acreditación, estableciendo protocolos y guías clínicas cuyo cumplimiento debería objetivarse. Además, es sabido que el solamente evaluar la calidad, genera ya

una mejoría en los indicadores, y que la cohesión a los indicadores optimiza la sobrevivencia en una intensidad más grande inclusive, a la que genera la utilización de varias novedosas drogas de quimioterapia como los Taxanos.

Las instituciones deben garantizar la calidad y se acreditan, el problema es que no tienen calidad en el diagnóstico. En este sentido, la problemática se encuentra alrededor de la efectividad en los programas de detección y en búsqueda para lograr garantizar el acceso de todas las mujeres que requieren atención.

Por su parte, el impacto sobre la paciente es muy complejo, las mujeres que tienen cáncer de mama, como muchas otras personas con cualquier tipo de cáncer, se sienten desamparadas e impotentes antes la enfermedad, perciben múltiples amenazas: a su vida, a su feminidad, a su familia, experimentan preocupaciones sobre la diseminación del cáncer; incertidumbre sobre el futuro, que afecta su sexualidad, el cuidado de los hijos, el empleo y otros muchos aspectos de la vida. Sufren ansiedad y temores sobre el tratamiento. Miedo de verse estigmatizadas o rechazadas una vez que se conozca el diagnóstico. Estas mujeres tienen que afrontar una serie de situaciones importantes y difíciles, tales como detección de un problema en el seno, confirmación del diagnóstico, el período que antecede al tratamiento, la cirugía, la terapéutica subsiguiente con radioterapia, quimioterapia y otros procedimientos. Necesitan ayuda para retornar a la vida normal, atención continuada frente a la posibilidad de recurrencia local del cáncer y a la posibilidad de metástasis (11).

Se presentan entonces de manera reiterada las múltiples amenazas ya mencionadas a las mujeres con cáncer de mama tanto personales como sociales, es por esta razón que con el fin de respaldar la eficacia y eficiencia del servicio recibido y brindado, y de establecer mecanismos de estandarización de procesos, de monitorización y evaluación, que a su vez propician el mejoramiento continuo, y aumentan la sobrevivencia y la competitividad del servicio del proceso de diagnóstico, además de brindarle y generarle confiabilidad y seguridad a la paciente es necesario que exista y se aplique un componente esencial en la gestión y prestación de servicios de una institución como lo es la garantía de la calidad.

Por esto se justifica realizar una revisión sobre la Calidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de seno en hospitales y clínicas: Periodo 2010- 2020 y es preciso entonces, analizar las evaluaciones realizadas en hospitales y clínicas sobre la calidad en el proceso de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama debido a que cada vez es más indiscutible la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, de quienes dirigen una organización y de quienes prestan el servicio. No se busca solamente conocer estrategias y políticas de autoexamen sino proveer soluciones o recomendaciones eficientes para una adecuada calidad en el proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de seno en hospitales y clínicas.

El problema viene con afectación directa para las pacientes y su análisis es muy complejo, debido a que las mujeres que tienen cáncer de mama, como muchas otras personas con cualquier tipo de cáncer, se sienten desamparadas e impotentes antes la enfermedad, perciben múltiples amenazas: a su vida, a su feminidad, a su familia, experimentan preocupaciones sobre si el cáncer se ha diseminado; incertidumbre sobre el futuro, que afecta su sexualidad, el cuidado de los hijos, el empleo y otros muchos aspectos de la vida, sufren ansiedad y temores sobre el tratamiento, miedo de verse estigmatizadas o rechazadas una vez que se conozca el diagnóstico. Estas mujeres tienen que afrontar una serie de situaciones importantes y difíciles, tales como detección de un problema en el seno, confirmación del diagnóstico, el período que antecede al tratamiento, la cirugía, la terapéutica subsiguiente con radioterapia, quimioterapia y otros procedimientos. Necesitan ayuda para retornar a la vida normal, atención continuada frente a la posibilidad de recurrencia local del cáncer y a la posibilidad de metástasis (17).

Es preciso entonces, evidenciar la necesidad de conocimiento de la situación actual sobre el cáncer de mama debido a que cada vez es más indiscutible la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio. Por lo tanto, es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir deficiencias

y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Todo lo anterior, confirma la importancia en la evaluación de la calidad del proceso de diagnóstico de pacientes con cáncer de mama en hospitales y clínicas relacionadas en Iberoamérica durante la última década y debido al carácter que presenta el cáncer de mama como un problema de salud pública, se precisa la formulación de lineamientos técnicos, con participación conjunta, tanto interinstitucional, como intersectorial, que busque ofrecer servicios de atención integral y de calidad y a su vez permita incidir de manera benéfica en la morbimortalidad de las pacientes con la enfermedad, por lo cual es necesario realizar una revisión sobre el tema y de la literatura para conocer con claridad la calidad del proceso de pacientes con cáncer de mama y como salubrista aportar a mejorar la calidad en el diagnóstico de la enfermedad. Así que, se analizara ¿Cómo es la calidad en el proceso de diagnóstico de las pacientes con cáncer de seno en hospitales y clínicas de acuerdo con las investigaciones publicadas en el periodo comprendido entre 2010-2020 en Iberoamérica?

## 2. Justificación

La calidad de vida depende en gran medida, de la escala de valores por la que cada individuo ha optado y de los recursos emocionales y personales de cada uno, además está sometida a determinantes económicos, sociales y culturales.

El cáncer de mama se ha convertido en un problema de salud pública con un incremento mantenido que daña no solo a la mujer que la padece sino también a la familia convirtiéndose en una carga económica que involucra un gasto económico nada despreciable para su entorno familiar y para el estado. Analizar la evaluación de calidad en el proceso de diagnóstico en mujeres con cáncer de mama es de gran importancia para la recuperación de las pacientes sobre todo tratando su parte emocional psicológica la misma que es importante para la acción del tratamiento, fundamentada en el concepto de calidad de vida ha sido un elemento de estudio relevante en los problemas de bioética al final de la vida, en la distribución justa de los recursos en salud y a la hora de tomar decisiones en la mayoría de los problemas de salud pública, de manera que elevar la calidad de vida de los pacientes comprende un amplio abanico de propósitos y puede estar presente como el fin último del sistema de salud de un país y como el objetivo de cada tratamiento a un paciente en particular.

Saber cuál es el panorama sobre la calidad en el proceso de diagnóstico de enfermedades crónicas como el cáncer, le permite tanto a los aseguradores y prestadores cerrar brechas mediante acciones de mejora y el estricto cumplimiento de los programas y mejorar la competitividad y sostenibilidad financiera.

La Organización Mundial de la Salud dice que las enfermedades crónicas o no transmisibles matan anualmente a 40 millones de personas, el equivalente al 70% de las muertes mundiales.

Las enfermedades crónicas, según el Instituto Nacional de Salud, son aquellas para las que no se conoce una solución definitiva y el éxito terapéutico consiste en consumo



constante de fármacos, tratamientos paliativos y los tratamientos para mantener a la persona en un estado funcional. Estas afectaciones tienden a ser de larga duración, resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales y principalmente están concentradas en adultos mayores (50).

Para Colombia no se tenían datos publicados con respecto al gasto de las entidades de salud en pacientes con enfermedades crónicas. Por eso, el doctor Sergio Prada Ríos, director encargado del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud de la Universidad Icesi y Melissa Pérez Castaño, investigadora junior del mismo centro, adelantaron un análisis con los pacientes pertenecientes a una Entidad Prestadora de la Salud (EPS) que cubre el Eje Cafetero, Valle y unos municipios del norte del Cauca en Colombia, del régimen contributivo, tiene aproximadamente 880.000 afiliados y el 80% de los asegurados gana menos de tres salarios mínimos (50).

Los datos se obtuvieron gracias a un convenio académico con la EPS para usar los registros contables de facturación y así identificar, qué cantidad de usuarios tenía una enfermedad crónica y cuánto dinero paga la entidad para su tratamiento. Gracias a esto identificaron, para cada individuo que recibió al menos un servicio financiado por el sistema de salud, si tenía o no enfermedades crónicas y cuáles eran.

Construyeron indicadores del gasto total de la EPS y las razones de crecimiento en el costo debido a las enfermedades crónicas, encontrando que estas representan un gasto que crece de manera sistemática para un pagador en el sistema de salud, llámese EPS u otras entidades. Por ejemplo, un paciente con una sola enfermedad crónica costó 2.6 veces más que un enfermo agudo (de corta duración) en 2014 y uno con dos enfermedades crónicas 5.8 veces más.

Según el análisis, al relacionar el número de enfermedades crónicas con el gasto incurrido en los servicios de salud de los afiliados, se evidenció que “80.4% de los individuos del estudio no presentaba ninguna enfermedad crónica y a ellos les correspondía un gasto aproximado de 50.6%. Asimismo, se conoció que el 20% de los

afiliados de la EPS tenían una o más enfermedades crónicas y estos representaban el 49% del gasto. Por ejemplo, las personas con dos condiciones crónicas, que son el 3.5% de los afiliados, demandaban el 13% de los gastos de la entidad, y las que padecen tres y cuatro condiciones crónicas, representaban el 10% del gasto en salud

Con estos resultados, de la mano con el conocimiento del panorama de la calidad de los procesos de diagnósticos de enfermedades crónicas como el cáncer de mama, se hace necesario que los aseguradores del sistema de salud desarrollen modelos de atención diferentes a los actuales para las enfermedades crónicas, para sostenerse financieramente ante la inminente tendencia al envejecimiento. El paciente crónico es el que va todos los meses a la entidad de salud, es el que comúnmente está navegando en el sistema. Entonces, ahí es donde está el que le niegan o le retrasan el servicio, le demoran el medicamento y posteriormente, le toca recurrir a quejas o acciones legales

Según la OMS las intervenciones esenciales de gran impacto contra las enfermedades crónicas pueden llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros

Por otra parte, si las personas mejoran sus hábitos de vida, se encaminan hacia lo saludable, y reciben una prestación en salud de calidad, tienen una probabilidad más alta de prevenir las enfermedades crónicas, por ende de tener una mejor calidad de vida y así evitar problemas con las EPS.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Analizar la evaluación de la calidad en el proceso de diagnóstico de las pacientes con cáncer de seno, las barreras de acceso y las estrategias de solución en hospitales y clínicas en el periodo comprendido entre 2010- 2020 en Iberoamérica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

1. Caracterizar las barreras de acceso que han experimentado las pacientes con cáncer de mama.
2. Describir la calidad brindada en el proceso de diagnóstico del cáncer de mama en hospitales y clínicas
3. Identificar las estrategias utilizadas por los aseguradores y prestadores para enfrentar las barreras de acceso a los servicios de salud

## 4 Marco Teórico

### 4.1 El cáncer de mama

El cáncer de mama es la proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células con genes mutados, los cuales actúan normalmente suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo celular pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria. Los cánceres o carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos de las mamas, pero al menos nueve de cada diez tumores o bultos de las mamas no son malignos (18). Esta enfermedad es muy común en las mujeres y puede presentarse de tres formas, tal como se muestra a continuación:

- Crecimiento local: el cáncer de mama crece por invasión directa, infiltrando otras estructuras vecinas como la pared torácica (músculos y huesos) y la piel.
- Diseminación linfática: la red de vasos linfáticos que posee la mama permite que el drenaje de la linfa se efectúe a varios grupos ganglionares. Los ganglios situados en la axila (axilares) son los más frecuentemente afectados, seguidos de los situados en la arteria mamaria interna (zona central del tórax) y los ganglios supraclaviculares (encima de la clavícula).
- Diseminación hematológica: se realiza a través de los vasos sanguíneos preferentemente hacia los huesos, pulmón, hígado y piel.

El cáncer de mama se trata de varias maneras, dependiendo del tipo de cáncer de mama y del grado de diseminación. En este sentido, los pacientes con cáncer de mama a menudo reciben más de un tipo de tratamiento. Entre los que existen la quimioterapia, la terapia hormonal, terapia biológica, la radioterapia, y la cirugía, más conocida como la mastectomía (19). La detección temprana es la respuesta adecuada de los médicos o profesionales de la salud a los síntomas que refiere la paciente o a los signos clínicos identificados en el Examen Clínico de la Mama (ECM).

## 4.2 Detección temprana y diagnóstico

Para una adecuada detección temprana se utiliza la tamización, la cual es la aplicación de una prueba a individuos asintomáticos que tengan mayor probabilidad de adquirir una enfermedad. Debe tener específicamente definida la población objeto y debe utilizar una prueba con adecuadas sensibilidad y especificidad. Además de esto, un programa de tamización debe asegurar el diagnóstico y tratamiento de los individuos con lesiones que resulten sospechosas. Las estrategias de tamización para cáncer, consisten en la realización de exámenes sanguíneos, procedimientos o imágenes diagnósticas médicas a personas sanas, con el fin de detectar lesiones premalignas o malignas que aún no han presentado manifestaciones clínicas y en las que se pueden ofrecer intervenciones terapéuticas, que se ven traducidas en la reducción de la mortalidad atribuible a la enfermedad maligna (20).

Se pueden establecer programas de detección temprana sin tamización basados en la educación oportuna y apropiada de la población y de los profesionales de la salud, con el fin de identificar signos y síntomas de alerta que permitan diagnosticar la enfermedad en sus primeras etapas, es decir, identificar el cáncer de mama en un punto de su fase clínica sintomática cuando pueda ser intervenido con medidas o técnicas que logren su máximo nivel de eficacia, efectividad y beneficios posibles en conjunción con un menor impacto físico deletéreo y una mayor eficiencia del proceso diagnóstico y terapéutico. La guía de atención integral de cáncer de mama 2013 estableció las siguientes recomendaciones para detección temprana y tamización en Colombia (21):

- Detección temprana sin cribado de mujeres sintomáticas, independientemente de la edad, lo que significa que todas las mujeres con síntomas mamarios o signos clínicos determinados por un médico a ECM, independientemente de la edad, deben someterse a todas las pruebas de diagnóstico (22). Se requiere investigación nacional del cáncer (mamografía de diagnóstico, mamografía ecografía, biopsia, etc.).

- No se recomienda utilizar el autoexamen como una única prueba de detección, sino que debe promoverse como una forma de autoconciencia y cuidado personal de los senos.

- Experiencia anual cercana a la muerte después de los 40 años.
- Entre los 50 y los 69 años, organice mamografías cada 2 años.

El 80% de las pacientes con cáncer de mama no tienen factores de riesgo conocidos, pero es importante comprender los factores más comunes para que se aconseje a las mujeres que eviten esos factores modificables (22).

Después del diagnóstico de cáncer de mama, el médico debe controlar la propagación del cáncer y su extensión. A esto se le llama estadificación. Describe la cantidad de cáncer que hay en el cuerpo y ayuda a determinar la gravedad del cáncer y la mejor manera de tratarlo. El médico comenta que la estadificación del cáncer también se utiliza en las estadísticas de supervivencia (19).

La etapa más temprana del cáncer de mama se identifica como etapa 0 (carcinoma in situ), y las otras etapas varían de I (1) a IV (4). En términos generales, cuanto menor sea el número, menos se propagará el cáncer. Un número más alto, como el estadio IV, significa que el cáncer se ha diseminado más. Además, en una etapa, una letra minúscula significa una etapa menos avanzada (23).

En este sentido, conviene mencionar un tema muy importante y que determina el éxito de un buen proceso de diagnóstico y del tratamiento de una mastectomía, es la calidad asistencial con la que esta se preste. Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantas, que no existe un concepto único. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora (24).

### 4.3 Calidad

La Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso" (12).

En España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario" (12).

Así, para el paciente, por ejemplo, características como la cálida y pronta atención, las instalaciones del hospital o clínica, la experiencia de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad. Para el prestador de servicios de salud, sin desmerecer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible. Para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora (12).

Por el lado de los entendidos en este rubro, como Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención" Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define: La calidad absoluta, que es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en

cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional (12).

#### **4.4 Evaluación de la garantía de la calidad**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la atención médica radica en garantizar que cada paciente reciba los servicios de diagnóstico y tratamiento más adecuados para lograr la mejor atención médica, teniendo en cuenta todos los factores como el conocimiento del paciente, los servicios médicos, lograr los mejores resultados con el mínimo riesgo de impacto iatrogénico y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Para los pacientes, por ejemplo, las características de una atención cálida y oportuna, las instalaciones hospitalarias o clínicas, la experiencia del médico, la imagen de la institución, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar enfermedades o rehabilitación, etc. son atributos que determinan el valor de la calidad. Por otro lado, para los proveedores de servicios de salud, la evaluación de la calidad se basa en los aspectos científicos y técnicos involucrados en el proceso, como la experiencia profesional y la tecnología disponible (18).

Con el fin de cumplir con lo dispuesto en la Constitución colombiana y atender las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, el Estado colombiano introdujo en el sistema de salud todas las normas que deben cumplir los aseguradores y prestadores para tal efecto, actualmente el decreto 1011 de 2006 compilado por el decreto 780 de 2016, resolución 3280 de 2018 y 3100 de 2019. La resolución fue establecida para asegurar la plena atención de los usuarios a través del funcionamiento estandarizado de los prestadores, y para asegurar que el sistema de mejora continua dentro de un marco que asegure su supervivencia, crecimiento y rentabilidad, lo cual tiene un alto sentido de responsabilidad social y un alto grado de connotación moral.



#### 4.4.1 Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país (25).

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características (25):

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

6. **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas (26).

## 4.5 Proceso de atención

### 4.5.1. Anamnesis y exploración clínica

La exploración clínica se refiere a la técnica de detección basada en la exploración de las mamas por personal médico o de enfermería, para identificar cambios que sean sugestivos de enfermedad. La estructuración y realización de la historia clínica de un paciente que hace una consulta por patología mamaria es la común a toda la praxis médica. La norma técnica y protocolo establecida en la resolución 3280 de 2018, establece los parámetros para la evaluación:

- Motivo de la consulta actual: la forma de aparición de los síntomas y signos, molestias o dolor en las mamas, masas o bultos, secreción del pezón, agrandamiento mamario en hombres; y su variación durante el tiempo o con el ciclo menstrual.
- Antecedentes familiares: si existen neoplasias familiares es importante, tomar nota del grado de parentesco y la edad de aparición.
- Antecedentes personales: valorar si existen alergias medicamentosas, enfermedades crónicas, medicación que toma habitualmente. Si ha habido algún cambio o introducción de medicación reciente, algunos fármacos como los anticonceptivos, antipsicóticos y antidepresivos pueden producir síntomas mamarios.
- Antecedentes quirúrgicos: además de las cirugías no mamarias, anotar si ha habido alguna cirugía de la mama, incluidas las biopsias (edad de realización y resultado) y plastias (de aumento, vía de abordaje, tipo de prótesis).
- Antecedentes ginecológicos: antecedentes menstruales, edad de la menarquía, fecha de la última menstruación (FUR), regularidad del ciclo,

edad y fecha de la menopausia. Edad del primer hijo, número de partos, lactancia materna y duración. Tratamientos con anovulatorios y tratamiento hormonal sustitutivo (THS).

- Exploración física: se realizará la exploración de las mamas, axilas y principales cadenas ganglionares (fosas supraclaviculares e infraclaviculares). La técnica de exploración se realiza en dos tiempos, inspección visual y palpación. A través de la inspección visual el médico podrá observar si existe: Tumoración, retracción de la piel, hundimiento o cambio de dirección del pezón, salida de secreción por el pezón, que no sea calostro o leche, puede ser de aspecto seroso, sanguaza o sangre, cambios en la piel y en su coloración.

En la palpación, el personal médico palpará los huecos axilares y la región de la clavícula, posteriormente acostada toda la mama, ya sea en líneas paralelas o circulares y repetirá esta maniobra pidiéndole colocar la mano atrás de la cabeza. Es importante que haga presión en el pezón en forma suave, para descartar salida de secreciones anormales.

Si en la exploración clínica el personal médico encuentra algún cambio sugestivo o tumoración, enviará a la mujer, dependiendo de su edad, a que se realice otros estudios que permitan reconocer que tipo de lesión está presentando, éstos pueden ser: ultrasonido, mastografía o incluso biopsia. El ultrasonido es un estudio de imagen que está indicado en las mujeres menores de 40 años o con implantes mamarios. El ultrasonido no es un estudio de detección de cáncer, complementa el diagnóstico de una lesión.

#### **4.6. Epidemiología**

En Colombia, los casos de cáncer de mama han crecido de manera sustancial entre las mujeres de 20 a 45 años entre los años 2015-2020, lo que sugiere que deben fortalecerse las acciones de prevención y detección temprana en los grupos poblacionales más jóvenes. No obstante, el promedio de edad de las mujeres que fueron diagnosticadas con

cáncer de mama fue de 57 años. Referente a esto, se ha evidenciado un incremento del 52% en la proporción de los casos nuevos reportados (PCNR), del 90% en la prevalencia y del 63% en la mortalidad (27).

El cáncer es la segunda causa de muerte en la población mundial. Según la OMS, para el año 2018 fue responsable de 9.6 millones de muertes. La amenaza de esta enfermedad continúa creciendo de forma global y se estima que para el 2040 los nuevos casos llegarán a ser casi un 50% más altos que en la actualidad. Los datos mundiales corroboran que, para las mujeres, el cáncer de mama es el más común, con más de 2,2 millones de casos en 2020. Una de cada 12 mujeres enfermará de cáncer de mama a lo largo de su vida y a su vez es una de las causas de mortalidad más importantes en este grupo de población (28).

De acuerdo con estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer – IARC Y El reporte publicado por el INS, el cáncer de mama es el más frecuente en el país con 13.380 casos nuevos para el 2018 y una tasa de incidencia de 63,9 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 15 años. En Antioquia los reportes de incidencia son acordes con los descritos previamente, el cáncer de mama ocupa el primer lugar en frecuencia de presentación y para el 2018 fueron 1.891 casos lo cual representa el 16,3% de todos los cánceres que se presentaron en el año en el departamento.

En el departamento de Antioquia, para el año 2018, fueron notificados al Registro Poblacional de Cáncer 11.566 casos nuevos de cáncer en ambos sexos y en todas las edades. El cáncer de mama ocupa el primer lugar con 1.891 casos lo cual representa el 16,3% de todos los cánceres que se presentaron en el año 2018 (29).

## 5 Metodología

### 5.1 Tipo y diseño de estudio

La revisión de la literatura es un procedimiento desarrollado para contestar una pregunta a partir de la mayor cantidad de evidencia disponible sobre el tema a tratar, permitiendo a los investigadores fundamentar y confrontar científicamente la información existente (30).

Las revisiones sistemáticas (SR) son un diseño de investigación observacional y retrospectivo, deben realizarse de acuerdo con un diseño predeterminado. En una revisión sistemática, el centro de investigación no es el paciente, sino la investigación clínica disponible en recursos electrónicos (base de datos-metabuscar, literatura gris, actas de reuniones, etc.) (31).

Se presenta entonces un análisis bibliográfico de tipo cualitativo, que presenta evidencia de una manera "descriptiva". No hay análisis estadístico (31). Se presenta por medio de una revisión sistemática descriptiva durante los últimos diez años (2010-2020) mediante búsqueda bibliográfica sobre resultados de investigaciones y evaluaciones de calidad diagnóstica del cáncer de mama en clínicas y hospitales.

Para estructurar y comprimir mejor la revisión sistemática, es necesario aplicar una herramienta metodológica que brinde orientación y calidad, y que además cumpla su objetivo de reunir toda la evidencia empírica que cumple unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación, en este caso, la metodología Prisma, como método elegido para guiar y llevar a cabo la investigación (32).

La metodología Prisma tiene como objetivo proporcionar a los autores una herramienta para mejorar la presentación de informes de revisiones sistemáticas y metanálisis y

aumentar la transparencia de la investigación. La declaración Prisma 2020 proporciona pautas actualizadas para enviar revisiones sistemáticas que reflejan los avances en la identificación, selección, evaluación y métodos de investigación integrales. La última versión incluye una lista de puntos o elementos, una lista ampliada que detalla estas recomendaciones para cada elemento, una lista resumida de PRISMA 2020 y un diagrama de flujo revisado para las revisiones originales y actualizadas (33).

#### Lista de verificación PRISMA 2020

1. Título

#### RESUMEN

2. Resumen estructurado

#### INTRODUCCIÓN

3. Pregunta

4. Justificación

5. Objetivos

#### MÉTODOS

5. Criterios de elegibilidad

6. Fuentes de información

7. Estrategia de búsqueda

8. Proceso de selección de los estudios

9. Proceso de extracción de los datos

#### RESULTADOS

10. Selección de los estudios

11. Características de los estudios

12. Resultados de los estudios

#### DISCUSIÓN

13. Discusión

14. conclusiones

15. recomendaciones

#### OTRA INFORMACIÓN

16. Financiación

17. Conflicto de intereses
18. Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales

## **5.2 Plan de recolección de la información**

La revisión sistemática se realizó en diferentes etapas:

1. Selección de metabuscadores y bases de datos, algoritmos y palabras clave para buscar toda la bibliografía relacionada con el tema seleccionado
2. Aplicación de los criterios de inclusión y exclusión definidos para la selección de materiales bibliográficos a ser utilizados en investigación.
3. Lectura sistemática de documentos según resultado de la búsqueda.
4. Selección de documentos que apliquen los criterios de inclusión.
5. Lectura de los temas seleccionados.
6. Redacción de informe según hallazgos en cumplimiento de los objetivos específicos.

## **5.3 Criterios de inclusión y exclusión**

### ***5.3.1 Criterios de inclusión***

Se seleccionaron para la revisión aquellos artículos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudios realizados en clínicas y hospitales sobre cáncer mama
- Investigaciones con metodología cuantitativa o cualitativa
- Estudios realizados entre el 2010 y 2020.

### ***5.3.2 Criterios de exclusión***

En cuanto a los criterios de exclusión, son los siguientes:

- Personas que no sean pacientes con cáncer de mama.
- Tipo de investigación: tema de caso, serie de casos, resumen de la reunión y carta al editor.

- Investigaciones y publicaciones que no están disponibles gratuitamente, y se incurre en costos para obtener su contenido.
- Investigación encontrada en fuentes no científicas.

#### **5.4 Procedimiento de búsqueda y revisión de parámetros**

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: MEDLINE (vía Pubmed), Scopus, Science Direct, WOS (Web of Science) y EMBASE. Se tuvieron en cuenta los "Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)" de "/ diagnóstico" y "cáncer de mama". Además del uso de las palabras clave booleanas y los operadores de cáncer de mama Y evaluación de la calidad del diagnóstico de cáncer de mama. Asimismo, en español, se asociaron para la búsqueda: cáncer de mama Y evaluación de calidad Y diagnóstico de cáncer de mama E indicadores de calidad de cáncer de mama Y atención primaria en mujeres con cáncer de mama, Y tratamiento de cáncer de mama, y en portugués, avaliação da qualidade do diagnosis AND cáncer de mama, en publicaciones de países iberoamericanos.

Se especifican los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados. También se describieron los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, se citan los estudios que aparentemente cumplieron con los criterios de inclusión, pero fueron excluidos, y se explican las razones. Luego se cita cada estudio incluido y se resumieron brevemente sus características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes. Posteriormente, se brindó una interpretación general de los resultados, se argumentaron las implicaciones más importantes y las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.

Se identificaron 93 artículos científicos en el periodo de tiempo transcurrido desde el año 2011 hasta el 2021 y que de manera general abordan el tema referente a esta problemática ligada a la evaluación de la calidad en el proceso de diagnóstico en pacientes de Cáncer de seno, así mismo se identificó información referente a las barreras

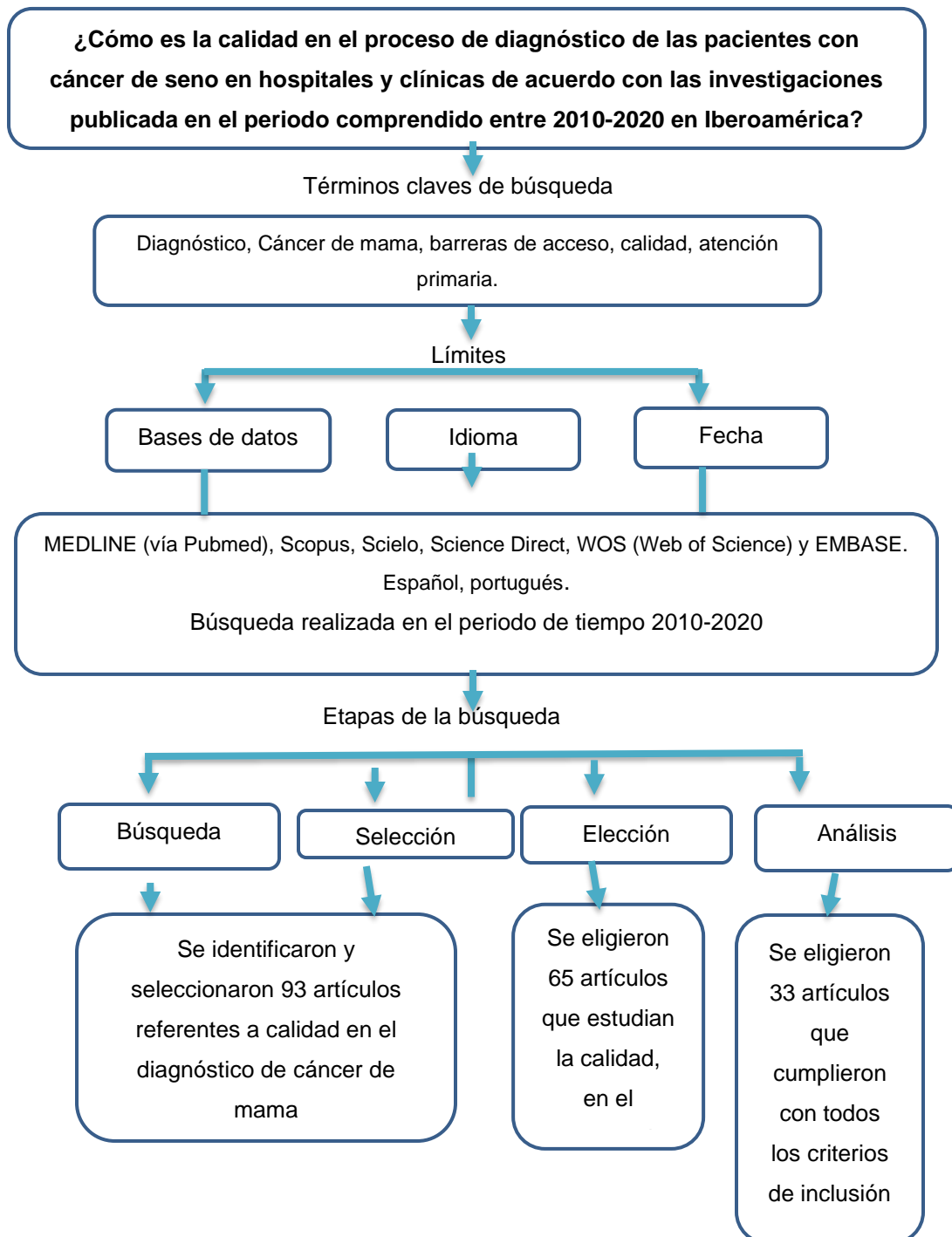


de acceso al servicio de salud, las barreras en el sistema de salud y las posibles estrategias utilizadas por consultores y proveedores en busca de ofrecer satisfacción y equidad.

La identificación de los 93 artículos, se logró en reconocidos referentes científicos como lo son MEDLINE (vía Pubmed), Scopus, Science Direct, WOS (Web of Science) y EMBASE. Se realizó el debido proceso de exclusión con la aplicación de los criterios ya establecidos y donde se optó por no considerar estudios de provengan de personas que no sean pacientes con cáncer de mama, deben ser temas de caso, series de casos, resumen de la reunión y carta al editor, además se buscan investigaciones en español, que estén disponibles gratuitamente, y sin ser menos importante, que no haya sido una investigación encontrada en fuentes científicas.

Se tomaron varios autores que realizaron estudios primarios y secundarios sobre la evaluación de la calidad en la atención prestada durante el proceso de diagnóstico para pacientes con cáncer de mama, a través de encuestas y entrevistas a pacientes, hospitales y clínicas, donde además se involucró el tiempo de espera entre solicitudes de consulta por sospecha y tratamiento, el tiempo de espera para las pruebas, las pruebas genéticas para descartar susceptibilidad genética al cáncer de mama, el diagnóstico por imágenes, el uso de informes siguiendo pautas de imagen estandarizadas, las tasas de falsos positivos y falsos negativos en el diagnóstico radiológico, la anatomía patológica, incluyendo (34,35,36,37,38). Además, se evaluó la satisfacción del paciente con los servicios recibidos durante todo el proceso de seguimiento desde el diagnóstico hasta el tratamiento prescrito (36).

Ilustración 1. Flujoograma de búsqueda, selección y análisis



## 6. Consideraciones Éticas

Con el fin de garantizar los principios éticos se tiene en cuenta la Resolución 8430 de 1993 (39), emitida por el Ministerio de Salud de Colombia por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, además de las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, emitida por Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

La investigación se cataloga como “sin riesgo”, ya que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que puedan encontrarse en la literatura.

Se realizó una revisión sistemática en donde se tiene en cuenta el derecho de acceso a la información, Ley 1712 de 2014 (40), por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones, al tratarse de una monografía no se busca obtener un consentimiento informado ya que no se relacionará como fuente de información primaria y se declara que en esta revisión no aparecen datos de pacientes ni individuos.

Teniendo en cuenta la ley 1266 de 2008 (41), donde se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, ninguna de la información contenida en los documentos analizados fue alterada y se analizó de forma coherente con la utilización de referenciación según normas Vancouver, respetando los derechos de autor y guardando postura imparcial en el análisis.

Es preciso indicar que no se tuvo ningún tipo de conflicto de intereses en medio de la investigación, así como tampoco se cuenta con incentivos políticos, ni beneficios económicos o laborales, tampoco se tiene ningún tipo de parentesco con los autores de los artículos utilizados para el desarrollo de esta revisión sistemática.

Referente a la divulgación y publicación de los resultados de la investigación como revisión sistemática, el conducto regular indicado según los lineamientos de la Universidad de Antioquia dispuestos en la resolución rectoral 47233 del 2020, indicando los lineamientos para la entrega de la producciones académicas de pregrado y posgrado en sus diferentes formatos y presentaciones al Repositorio Institucional del Departamento de Bibliotecas, en este caso se utiliza la plantilla de normas Vancouver adaptada para la presentación de trabajos de grado en las facultades del área de Salud de la UdeA.

El proceso de custodia para la información fue determinado de acuerdo con la conservación de documentos de la Ley general de archivos 594 de 2000 (42), donde se dispone a ser guardada por 10 años en forma virtual posterior a la realización de la investigación.

## 7. Resultados

El desarrollo de la revisión sistemática presentada a lo largo de esta propuesta se hizo posible, teniendo en cuenta que se tiene accesibilidad disponible a las bases de datos donde se realizan las revisiones sobre fuentes primarias y secundarias encontradas. Además, no se presentaron conflictos legales para el uso de fuentes primarias y secundarias en la propuesta planteada, teniendo en cuenta que dichos autores serán citados posteriormente en la bibliografía.

Entre las dificultades referentes a la accesibilidad que se encuentran en los servicios de salud, uno de los factores citados por las mujeres entrevistadas en un estudio (46), fue el retraso en el marcado de las pruebas y consultas por el sistema de salud. Este hecho es debido al gran número de usuarios del sistema junto a la falta de recursos para satisfacer la demanda y cumplir eficientemente los servicios ofrecidos. Muchas de las mujeres no tienen ingresos fijos, dependiendo de la familia para ayudarles en el gasto. En estos casos, es importante tener en cuenta también que a veces las mujeres dudan en pagar por su cuidado a fin de no interferir en el ingreso familia. Además, el hecho de que dos tercios de las mujeres entrevistadas no reside en la capital del estado, donde se realizan las pruebas, cirugías y tratamientos más avanzados, es otra gran dificultad reportado por las mujeres.

En cuanto a la determinación de la vía de diagnóstico del cáncer de mama para 1.266 pacientes de los cuatro hospitales universitarios públicos de Barcelona (Hospital Clínic, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Parc de Salut Mar), se definieron categorías, que se agrupan en un plan poblacional para la detección precoz del cáncer de mama, exploraciones físicas periódicas, previa detección de masas, mediante seguimiento clínico de factores de riesgo u otros signos o síntomas (35). Se informó de la relevancia y flexibilidad de todo el proceso de diagnóstico, lo que hizo que el 90% de los pacientes atendidos en los 10 hospitales públicos de Castilla y León en 2011 recibieran tratamiento primario dentro de las 6 semanas posteriores al diagnóstico,

con el fin de disminuir la Ansiedad. en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y acelerar el proceso de control de la enfermedad (34).

### **7.1 Caracterización de las barreras de acceso que han experimentado las pacientes con cáncer de mama durante el uso de los servicios de salud**

Dentro de los resultados encontrados se evidenciaron varios tipos de barreras entre las que se encuentran las barreras estructurales que están compuestas por: la posición socioeconómica donde se infiere que la capacidad de pago retrasa la atención; el desconocimiento de los derechos, que remite a la limitación de las posibilidades de un reclamo oportuno y eficaz tanto en pago por servicios, como en suministración de medicamentos y asignación de citas; la discriminación social de las aseguradoras, donde se determinan aspectos y patrones de acceso por medio de factores como las relaciones sociales, la procedencia (rural o urbana), el estrato socioeconómico, la apariencia, la ocupación y el nivel adquisitivo.

Es importante resaltar que factores como la disponibilidad de prestadores del servicio médico y las características de las personas, por ejemplo, su edad, domicilio, grupo étnico, etc. son elementos constituyentes y potenciales para una efectiva satisfacción en los procesos relacionados a las pacientes de cáncer de mama desde el diagnóstico hasta el tratamiento (9). En el análisis que más soporta este fenómeno de barreras de acceso, en busca de equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia, se utilizó como variable independiente la condición de afiliación a la seguridad social en salud, a su vez las variables dependientes fueron las barreras geográficas para el acceso a las diferentes intervenciones que hacen parte de su tratamiento debido a la necesidad de desplazarse a otra ciudad; enfrentar barreras económicas, dado que debe pagarse por los medicamentos y encontrar barreras organizacionales por los horarios de atención o las autorizaciones de las entidades pagadoras. Además, se evaluaron las características como estado civil, grupo étnico y nivel educativo, y que por tanto también se relacionan con los factores bajo estudio.

En el estudio en cuestión, participaron 806 mujeres en tratamiento por cáncer de mama, de las cuales 51% estaban afiliadas al régimen contributivo, 37% al régimen subsidiado y 12% se integró con pacientes pobres sin seguro de salud. El 73% recibió atención en instituciones públicas y 27% en instituciones privadas. Primero se realizó un inventario de las instituciones públicas y privadas competentes en el área de servicios oncológicos, se les entregó el protocolo del estudio en busca de aceptación por parte del comité de ética y ya aprobado, se inició la captación de pacientes con cáncer de mama y seguidamente con previo consentimiento informado se les aplicó una entrevista orientada por un instrumento tipo encuesta.

Llama la atención el hecho de que la mayoría de las mujeres inició su tratamiento en estados avanzados de la enfermedad, lo que remite al desfavorecimiento en sentido social, ya que en particular eran de las mujeres afiliadas al régimen subsidiado y a las pacientes pobres sin seguro de salud. El análisis estadístico que se aplicó en esta investigación residió en la descripción de las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en el estudio, ya que se asumen como elementos que están ligados hacia una satisfacción en el uso de servicios de salud y en el acceso real a las variadas opciones terapéuticas. Se evidenció que el primordial y más importante obstáculo que se da, es el referente a la necesidad de desplazarse a otra ciudad (25.3%), seguido por las autorizaciones de las entidades pagadoras (20.4%) y los montos de los medicamentos (14.3%), de aquí que son las mujeres pobres sin seguro de salud a quienes corresponde el pago de los mismos.

Se deja claro en la mencionada investigación que, la condición de afiliación a la seguridad social en salud no se relaciona con tener obstáculos a causa de los horarios de atención ni las autorizaciones de las entidades pagadoras.

Por su parte en su aporte hacia el objetivo particular de esclarecimiento hacia las barreras de acceso al servicio de salud, propone que hay una larga extensión de conceptos en busca de lograr una definición adecuada hacia la calidad en el sector salud y que, en efectivo, la idea que subyace de todos los estudios está ligada hacia la satisfacción del paciente (23),. En su artículo basado en investigaciones con respecto a la "Calidad de la

Atención de la Salud", publicado por Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, al Artículo: "El concepto de calidad y su aplicación en Medicina", publicado por Revista Médica de Chile y al Artículo: "Planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria", publicado por la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria; busca demostrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Ejemplifica que, para el paciente peculiaridades como lo son una cálida y pronta atención, unas instalaciones en buen estado ya sean del hospital o de clínica, la reputación de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad que se atribuye desde el punto de vista como paciente. En sus aportes esclarece la idea de que la provisión de los servicios de salud debe ser accesible y equitativa, que debe contar con unos profesionales excelentes, que busque optimizar los recursos sin dejar de buscar la satisfacción del usuario.

Propone desde una mirada crítica que, para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora ese paciente, y es en este sentido donde se evidencia la respuesta hacia el acceso como barrera ya que no todos los grupos económicos tienen disponibilidad de pagar montos por tratamientos específicos, además de los gastos adicionales generados en viajes, tramites y demás (34).

Al evaluar la calidad de la asistencia prestada a los pacientes con cáncer de mama en los hospitales públicos de Castilla y León en España, ha proporcionados datos realmente alentadores con respecto a las barreras de acceso al servicio de salud, una representación de las 9 provincias de la comunidad, con un total de 1.235 pacientes, indican que el 98,33% de las pacientes tienen la posibilidad de acceder a exploraciones, ecografías y mamografías, además el 92,8% de los carcinomas invasivos o introductores, son diagnosticados antes de operar. Lo que indica que no hay un grado de diferenciación



en las comunidades que identifique factores sociales o económicos para garantizar el acceso al servicio de salud de manera satisfactoria.

Es de considerar la importancia que el ámbito tecnológico viene cogiendo en todos los aspectos de la vida, es precisamente el objetivo del estudio de las necesidades de información y uso de Internet en pacientes con cáncer de mama en España (43), donde con una muestra compuesta por 40 mujeres y 1 hombre con cáncer de mama, entre 32 y 69 años de edad, en diferentes estadios de la enfermedad, residentes en diversas localidades de 15 comunidades autónomas españolas, se les realiza una entrevista en profundidad semiestructurada que contaba con un apartado específico para explorar las necesidades de información, uso y percepción de Internet como recurso informativo en temas de salud en general, y en cáncer de mama en particular. En el estudio se hizo evidente la relevancia del uso de Internet en la búsqueda de información sanitaria y como herramienta que puede favorecer el empoderamiento de los pacientes hacia la mejora de la gestión de su enfermedad; todo esto sin dejar de un lado el riesgo de infoxicación y mala calidad de la información.

## **7.2 Descripción de la calidad brindada en el proceso diagnóstico del cáncer de mama en hospitales y clínicas**

Es preciso iniciar el análisis con una frase expuesta en el estudio a citar (10) y que se precisa como preámbulo, “No es solo que exista una baja cobertura, ésta cobertura también está centralizada en las principales capitales del país, creando mayores niveles de desigualdad”, se considera entonces desde el planteamiento de su problema en una postura que propone generar bases sólidas que apoyen a las instituciones en la prestación de servicios de salud, especialmente en mastectomía en este caso, con las brechas que se presentan en la prestación del servicio para pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y para su proceso de tratamiento, entre mujeres con prepagada, EPS y SISBEN.

La estimación de factores que permiten la utilización de aspectos clínicos y patológicos con carácter pronóstico en pacientes con cáncer de mama, con perfiles tanto genéticos como sociales, se resumen en: edad, estatus socioeconómico y la raza, el tamaño tumoral, el grado histológico, afectación ganglionar, invasión linfovascular y marcadores de angiogénesis tumoral, receptores hormonales, oncogenes y genes supresores, el índice mitótico y por supuesto, el diagnóstico precoz y la correcta estadificación, ya que en estudios se ha detectado que la supervivencia mejora cuando se facilita el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (44).

Es de posible comprensión el hecho de que en parte la financiación para diagnósticos y tratamientos para mujeres de dificultosa situación económica y perteneciente al SISBEN, reciben apoyo de varias instituciones estatales colombianas, en donde el apoyo brindado consta de un equipo de trabajo conformado por 1 médico patólogo/epidemiólogo, 1 enfermera profesional y 2 técnicos en enfermería-todos con dedicación a tiempo parcial.

En el estudio se aborda en cáncer de mama desde diferentes perspectivas, la competente en este caso es la que se refiere al acceso a sistemas de salud y las barreras desde el diagnóstico hasta el tratamiento, se refiere a (9) desde su exposición en la parte específica de acceso desde diagnóstico hasta tratamiento en el sentido de procurar que mientras se alcanza la afiliación universal a la seguridad social en salud de manera completa, es indispensable garantizar la disponibilidad de tecnología y medicamentos para atender el tratamiento de estas afecciones en la oferta pública.

El autor (10), considera que si bien en Colombia las mujeres diagnosticadas con cáncer de seno tienen el derecho de acceder una cirugía de reconstrucción ya sea inmediata o diferida, el proceso para llegar a estos tratamientos es difícil por las altas barreras administrativas que tienen que sortear las pacientes, dificultades como: “El procedimiento no se encontraba dentro del Plan Obligatorio de Salud”, “La prótesis mamaria no estaba incluida motivo por el cual debía darse aplicación a lo establecido en el párrafo del artículo 2, del Decreto 806 de 1998 al tenor del cual (cuando el afiliado al régimen

contributivo requiere servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente)".

Uno de los aspectos importantes a resaltar en este estudio es el énfasis en la objetividad de los datos que repercute en la obtención de información oportuna y clara como eje primordial en el tratamiento de cáncer de mama, tratamiento que pasa por varias fases: Fase de diagnóstico, Fase de tratamiento, Fase de intervalo libre de enfermedad, Fase de supervivencia, Fase de recidiva, y Fase final de la vida, en este caso nos interesa la fase de tratamiento donde las relaciones entre personal administrativo, paciente, profesionales médicos y equipos tecnológicos, juegan un papel trascendental en esta etapa de la enfermedad; el acompañamiento emocional con psicoeducación, consejería, terapia grupal y terapia individual, también es primordial y deja claro el grado de relaciones interpersonales que debe tener una paciente.

Los resultados que se obtuvieron ligados a la problemática, demuestran que el trato que le da la clínica u hospital al paciente incidió directamente sobre la forma en que la paciente enfrentó la enfermedad ya sea positiva o negativamente. Esta información se obtuvo por medio de entrevistas de acuerdo a la experiencia vivida y se consideró que el trato que se les dio resultó siendo fundamental en su experiencia, evidenciando este episodio como una barrera en el sistema de salud, así mismo expone como resultado el hecho de que los casos de mujeres que con EPS y SISBEN al pasar por el proceso de diagnóstico a tratamiento, tuvieron acudir a tutelas como un conducto regular para recibir atención y tratamientos y este hecho fue normalizado. Así se expone en (11), donde por medio de un análisis cualitativo con la participaron de cuarenta y cuatro mujeres, entre los treinta y seis y ochenta y un años de edad (promedio cincuenta y tres años), pertenecientes a los estratos 2 y 3. De ellas, veintisiete pertenecían al Régimen Contributivo (dos afiliadas a medicina prepagada), dieciséis del Régimen Subsidiado, y una vinculada.

Las barreras intermediarias, como lo son las barreras geográficas que actúan como complemento de las restricciones económicas. Además, se identificó el hecho de que

existe una atención diferenciada en la capital y que es precisamente allí donde se concentra la mayor parte del recurso humano y tecnológico. También las barreras laborales hacen parte de las barreras intermediarias, y se identifican problemas como el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables y la posibilidad de acceder a una pensión, entre otros.

Las barreras más competentes para el análisis vienen siendo las barreras propias del sistema: dificultades administrativas y desinformación. Se identifica que, estos problemas son originados desde el ente asegurador, con su plan de beneficios que tiene deficiencias en lo que respecta a la contratación de prestadores de servicios y proveedores y también se origina desde los trámites para acceder a la atención enmarcados en llamadas, líneas de espera, agenda completa, entre otros. Se concluye con atribución a esta problemática de un fenómeno de discriminación social con la presencia de barreras, que dificultan los procesos y afectan los tiempos y la calidad de la atención.

Desde un análisis enfocado hacia la percepción de apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México (45), en donde se incluyeron a mujeres con cáncer de mama con evidencia de continuidad terapéutica y asistencia constante a las citas médicas en el periodo comprendido de 2010 a 2015. Respecto a la variable en estudio, el cuestionario de Duke-unk reveló que el 74% de las participantes percibía un apoyo social normal, mientras que 26% lo percibía en un nivel escaso. En aquellas con apoyo social normal, el apoyo confidencial se reportó normal en 80% y escaso en 20%, respecto al apoyo afectivo fue normal en 90% y escaso en 10%. En las participantes con apoyo social escaso, el apoyo confidencial se reportó normal en 40% y escaso en 60%, y el apoyo afectivo fue normal en 30% y escaso en 70%.

Una conclusión interesante del autor es la que cita desde Salas ZC y Grisales RH, con su escrito "Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia", propone que el apoyo familiar y social exitoso es reflejado en el estado de ánimo de las pacientes con cáncer de mama, y esto a su vez se nota con la intencionalidad de continuar el tratamiento y mejorar la actitud frente a la aceptación de

la enfermedad; pero fue evidente también que hay muchas pacientes con continuidad de diagnóstico que siguen experimentando malestar físico, emocional y social, es por esta razón que los profesionales de la salud deben reconocer la importancia del apoyo social para las mujeres con cáncer de mama accionar las redes de apoyo ante su escasez y garantizar que están bajo cuidados.

En este mismo sentido un estudio realizado, en donde además de buscar valorar el grado de satisfacción de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama con respecto de la atención recibida, también identificó áreas de mejora, realizó una comparación entre pacientes satisfechas y no satisfechas por medio de una encuesta de satisfacción anónima y voluntaria en tres centros de servicios de Oncología en Asturias, España (46). Para un total de 226 participantes, a las que se les aplicó la herramienta SERVQHOS modificada y adaptada para el contexto de oncología, la encuesta de satisfacción se facilitaba una vez finalizada la consulta, la inmediatez de su realización tras la atención fue un método utilizado de manera eficaz para evadir y evitar los sesgos producidos factores que ellos proponen como lo es el recuerdo deficiente y la posibilidad de valoración condicionada por la asistencia a otras consultas o servicios de salud.

Los factores mejor valorados por las participantes en el estudio fueron los servicios que se refieren a la calidad subjetiva frente a la amabilidad del personal, la confianza que éste les trasmite, el trato personalizado recibido y disposición del personal para ayudar. Pero, en otro sentido se encuentran las valoraciones del paciente de manera crítica y objetiva, con aspectos relacionados con la facilidad para llegar a la consulta, el tiempo de espera para ser atendido, la puntualidad de las sesiones o la rapidez para conseguir lo que necesita. Evidenciaron también una actitud de poca conformidad con lo relacionado a las instalaciones (estado de las consultas).

Un hallazgo interesante no previsto, fue el interés de las participantes por dar su punto de vista de forma verbal sobre temas como la falta de información al momento de sobrellevar los efectos estéticos de los tratamientos oncológicos y la falta de recursos en

la comunidad para las pacientes con cáncer de mama o espacios donde puedan compartir experiencias y sentirse acompañadas por mujeres semejantes en el proceso.

Un aspecto abordado e interesante mencionar con respecto a las barreras en el sistema de salud, es el que hacen en esta revisión que pretende ofrecer una visión global sobre el cáncer de mama (47), donde el tema de aspectos laborales en el cáncer de mama lo abordan de manera que evidencian que el cáncer de mama suele ocurrir en edades donde la mujer es laboralmente activa y esto conlleva a problemas en su productividad laboral y rendimiento, proponen entonces la realización de una historia clínica completa, esta revisión pretende ofrecer una visión global con el compromiso del personal administrativo y médico, es importante destacar aspectos a conocer sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad, haciendo énfasis en el estado actual de la paciente, las secuelas que pueda presentar y prestando especial atención al linfedema.

### **7.3 Determinación de las estrategias utilizadas por los prestadores de servicios de salud para enfrentar las barreras de acceso a los servicios de salud**

Para corregir las diferencias y desigualdades sociales, en Colombia se introdujo como parte de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la equidad, y se pretende la provisión de servicios de igual calidad para todos los ciudadanos que requieran el servicio de salud. De la misma manera, se detectó que, a pesar de la realización de campañas desde varias organizaciones privadas y públicas, estas están sumamente enfocadas en el proceso de prevención y no ha sido estrategia constante el buscar generar campañas también para el resto de procesos por los que pasa una paciente con cáncer de mama, como lo son el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Se, pretende producir recomendaciones de políticas, y cuando sea ineludible de normatividad, seguida por las estrategias de implantación, donde se le dé prioridad a la definición de las necesidades de recursos humanos, técnicos y financieros en los procesos institucionales para buscarles solución y ponerlas en práctica en busca de la

satisfacción de las pacientes con cáncer de mama en este caso, además busca fortalecer las gestiones política e institucional definidas en el Plan Estratégico de Salud del Ministerio de la Protección Social, está también dentro de sus objetivos, fortalecer la capacidad de recursos humanos para proveer servicios más eficientes y de más alta calidad, de la misma manera, el desarrollar instrumentos técnicos para la formulación de políticas y la definición de los procesos institucionales y operativos que debe realizar el Ministerio para convertirlos en operación rutinaria en las Direcciones Generales y a su vez, mejorar y establecer una nueva capacidad institucional y analítica para implementar y evaluar el Programa de Reforma de Salud (10).

Los objetivos están enmarcados dentro de las posibilidades administrativas y sociales y buscan acabar con las barreras en el sistema de salud y que, por concordancia vendrían siendo derrumbadas desde el ámbito estatal donde los beneficios se verían reflejados por medio de evaluaciones de calidad más especializadas y con mejores resultados, que permitan abarcar desde aspectos sociales hasta aspectos institucionales y que por medio de indicadores y estándares, se identifiquen las brechas y deficiencias que no permiten la satisfacción y por ende una buena evaluación con respecto a la calidad en el proceso de diagnóstico en pacientes con cáncer de mama (11).

En este sentido es preciso sacar a relucir iniciativas que buscan descifrar estrategias y técnicas de elección para el cribado poblacional, siendo el cáncer de mama el tumor maligno más frecuente entre las mujeres, en España se propone la Tomosíntesis de mama como una nueva herramienta en el diagnóstico del cáncer de mama (48). Esta herramienta pretende una revolución en el diagnóstico de cáncer de mama detectando tumores de mama no visibles mediante estudios tecnológicos que permiten disminuir la superposición de los tejidos al adquirir secuencialmente imágenes consecutivas de baja dosis de radiación, la tasa de re llamadas y altos tiempos de realización y lectura de pruebas. Los autores se proponen describir la técnica de la tomosíntesis sus principales indicaciones clínicas y las perspectivas a futuro de esta técnica de imagen.

Los esfuerzos en investigación están visualizados en obtener conocimiento sobre las vías de señalización que dirigen la proliferación, mantenimiento, expansión del tumor, resistencia a la muerte celular, inestabilidad genómica, inducción de la angiogénesis tumoral, metástasis y reprogramación metabólica (49). En el estudio como una actualización del cáncer de mama en atención primaria (IV/V), se presenta información referente a el futuro del tratamiento farmacológico del cáncer de mama y las nuevas terapias que se perciben gracias a los esfuerzos en investigación, destacan: La inactivación del BRCA 1 y del BRCA 2, como inhibidores de la polimerasa de ADN que entre otras funciones repara el ADN; es el T-DM1, primer tratamiento que combina un agente antimicrotúbulo (emtansina) con trastuzumab, de modo que solo ataca a las células que sobre expresan HER2, limitando la toxicidad sistémica; entre otros fármacos en estudio que buscan disminuir la capacidad de las células cancerosas para adquirir capacidades funcionales por diversos mecanismos que permiten su supervivencia y proliferación. La investigación y el desarrollo siempre serán un bien para la sociedad.



## 8. Discusión

Los focos temáticos, como ya se mostró y que se evidenciaron fueron divididos en tres: a). Las investigaciones que inquirieron sobre las barreras de acceso al servicio de salud por índoles sociales y económicas en pacientes con cáncer de mama, b). Los estudios sobre las barreras y problemas en el sistema de salud desde el diagnóstico hasta el tratamiento en pacientes de cáncer de mama, c). Las investigaciones que reportan resultados de estrategias e intervenciones dirigidas a personal médico y mejoras en instalaciones, tecnología y equipamiento. La problemática principal está ligada al proceso de diagnóstico el cual debe permitir establecer acciones correctivas y efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción de la paciente en cuestiones de acceso, esto debido a las dificultades que se encuentran en este proceso.

Se precisa aclarar que, aunque frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer se hallan diversas investigaciones que han logrado la creación de medidas tanto públicas como privadas, no se registra estudio alguno acerca de la calidad sobre el proceso de diagnóstico recibido por parte de las pacientes que se someten a mastectomía, y el grado de satisfacción en el proceso de atención prestado por la entidad a cargo.

Con respecto a la identificación de las barreras de acceso que han experimentado las pacientes con cáncer de mama durante el uso de los servicios de salud, diversas investigaciones han señalado la incidencia de factores sociales y económicos en el bienestar que se debe brindar por parte del Estado a personas con alguna enfermedad, en este caso pacientes con cáncer mama, se evidencia que han sido influencia trascendental los factores sociales y económicos y se han presentado situaciones de vulnerabilidad debido al enfrentamiento de barreras e injusticias sociales, debido al poco acceso a tratamientos de alta calidad.

Los impedimentos para adquirir y usar seguros de salud satisfactorios, vienen dados por diferentes factores entre los que se encuentran el aislamiento geográfico de poblaciones

rurales, la falta de transporte, además de la asignación de citas en horarios de servicio sin tener en cuenta factores rurales y las características propias de cada paciente como lo es su edad, domicilio, grupo étnico, entre otros aspectos radicalmente importante que, teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente se debe proporcionar un programa apto que cumpla con sus requerimientos y posibilidades, ya que todos estos elementos son constituyentes y poseen un carácter legal y, además son potenciales como conjunto para una efectiva satisfacción en los procesos relacionados a las pacientes de cáncer de mama desde el diagnóstico hasta el tratamiento.

En lo que respecta a la identificación de las barreras en el sistema de salud desde el diagnóstico hasta el tratamiento del cáncer en hospitales y clínicas, se identifica que uno de los aspectos importantes a resaltar en diferentes estudios analizados, es el énfasis en la objetividad de los datos que repercute en la obtención de información oportuna y clara para un correcto diagnóstico como eje primordial e inicial en el tratamiento de cáncer de mama, el cual pasa por varias fases y sobre el cual por medio de diferentes estudios se ha detectado que la supervivencia mejora cuando se facilita el acceso a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de manera oportuna.

Es de esta manera que, se evidencia con los resultados que se obtuvieron ligados a la problemática, que el trato que le da la clínica u hospital al paciente, tienen una incidencia directa sobre la forma en que la paciente enfrenta la enfermedad, donde se considera por parte de las pacientes que el trato que se les dio resultó siendo fundamental en su experiencia, evidenciando este episodio como una barrera en el sistema de salud, donde la opción hacia la búsqueda de satisfacción con respecto a estas problemática viene estando ligada al procesamiento legal y a la aplicación de normatividad estatal para recibir atención y tratamiento y normalizar la situación.

Cabe precisar según una de las investigaciones realizadas en el hospital de Jove, España, la importancia que transfiere el hecho de que la encuesta de satisfacción es ideal realizarla una vez finalizada la consulta, siendo así la inmediatez un método eficaz en busca de disminuir sesgos producidos por recuerdos deficientes y la posibilidad de una

valoración en la encuesta condicionada por la asistencia a otras consultas, otros lugares y otros profesionales.

Las barreras estructurales, las barreras intermediarias y las barreras propias del sistema que son las de importancia en este objetivo de investigación, siendo ellas referentes a las dificultades administrativas y desinformación, muestran que los servicios que se refieren a la calidad subjetiva que está ligada a aspectos como amabilidad del personal, confianza transmitida, trato personalizado y disposición del personal para ayudar son aspectos que ellas valoran y consideran importantes pero, en otro sentido se encuentran las valoraciones críticas y objetivas que se remiten a aspectos más centrados en la calidad, por ejemplo el tiempo de espera para ser atendido, la puntualidad de las sesiones o la rapidez para conseguir lo que necesita referente al tratamiento. Todo esto sin dejar de un lado barreras trascendentales como lo son aspectos socioeconómicos, el desconocimiento de los derechos, la discriminación social y la atención diferenciada en la capital, el estado de las instalaciones de atención, entre otros existentes.

Es de resaltar, a modo de conclusión y teniendo en cuenta la resolución de los objetivos en torno a la discusión planteada, que es de imperativa urgencia y responsabilidad, la corrección de las desigualdades sociales e inequidad por medio de reforma al sistema de salud, cambios profundos referentes a la distribución de la riqueza y los modelos de acumulación de capital de nuestra sociedad, una adecuada distribución de los recursos destinada a mejoras en instalaciones, una contratación de personal calificado para este tipo de procesos y con el acompañamiento de una tecnología de punta que permita a su vez diagnosticar y llevar un tratamiento satisfactorio; son las estrategias que deben servir como bases para la eliminación de barreras tanto de acceso como en el sistema de salud.

## **9. Conclusiones**

- Las dificultades administrativas y de desinformación, son problemas originados desde el ente asegurador, donde instituciones con deficiencias en su plan de

beneficios, en la contratación de prestadores de servicios y proveedores, origina barreras desde los trámites para acceder a la atención, hasta en la atención misma, y están enmarcados en llamadas, líneas de espera, agenda completa, entre otros que dificultan los procesos y afectan los tiempos y la calidad de la atención.

- Los objetivos básicos de los entes responsables deben ser el fortalecimiento y la capacidad de recursos humanos aptos para proveer servicios más eficientes y de más alta calidad, de la misma manera, el desarrollar instrumentos técnicos para la formulación de políticas y la definición de los procesos institucionales y operativos.
- El trato que le da la clínica u hospital al paciente incide directamente sobre la forma en que la paciente enfrentó la enfermedad ya sea positiva o negativamente
- No todos los grupos económicos tienen disponibilidad de pagar montos por tratamientos específicos, además de los gastos adicionales generados en viajes, trámites y demás
- La relevancia del uso de Internet en la búsqueda de información sanitaria y como herramienta que puede favorecer el empoderamiento de los pacientes hacia la mejora de la gestión de su enfermedad; todo esto sin dejar de un lado el riesgo de infoxicación y mala calidad de la información.
- Los beneficios y la aplicación efectiva de las estrategias se verían reflejados por medio de evaluaciones de calidad más especializadas y con mejores resultados, que permitan abarcar desde aspectos sociales hasta aspectos institucionales y que por medio de indicadores y estándares, se identifiquen las brechas y deficiencias que no permiten la satisfacción y por ende una buena evaluación con respecto a la calidad en el proceso de diagnóstico en pacientes con cáncer de mama.

## 10. Recomendaciones

- ❖ Dado que el cáncer de mama es un problema de salud pública reconocido a nivel nacional y mundial, se recomienda una intervención directa de los entes territoriales de salud, para que reevalúe las estrategias que hasta el momento no han sido eficaces para la detección precoz de la patología, interviniendo en los modos, condiciones y hábitos de vida de la población, los cuales son determinantes sociales influyentes en su salud
- ❖ Diseñar estrategias que garanticen un servicio oportuno y con calidad a las usuarias del sistema que se encuentren en las fases avanzadas del cáncer, logrando la mejoría sustancial de la infraestructura de los centros de salud públicos y privados, que estén a la vanguardia con la tecnología y con talento humano capacitado y disponible. Esto favorecería en gran manera la eliminación de brechas de desigualdad e inequidad
- ❖ A pacientes con nivel de Sisbén bajo, después de corroborar su nivel socioeconómico, asignarle un subsidio de alimentación y transporte para asegurar su nutrición y traslado al centro de atención.
- ❖ Fortalecer la labor de las promotoras de salud, buscando población en riesgo, realizar demanda inducida y hacerles seguimiento estricto a los pacientes
- ❖ Integrar el trabajo colaborativo junto con la participación activa de la ciudadanía para su empoderamiento desde la planificación y ejecución de acciones dirigidas a la disminución de inequidades en salud
- ❖ Se recomienda a las mujeres reconocer la corresponsabilidad que tienen como paciente para seguir hábitos saludables, asistir consulta de rutina y realización de exámenes médicos de forma oportuna
- ❖ Visibilizar la georreferenciación de centros y puestos de salud del primer nivel para facilitar la atención, educación y movilización (hacer más cerca a los usuarios los centros de atención con calidad y humanización)
- ❖ Fortalecer la red de referencia y contrarreferencia.

- ❖ Es fundamental difundir los resultados de evaluaciones a fin de establecer planes de mejora desde la atención primaria
- ❖ Hacer visible los hallazgos investigativos a la academia para reflexionar el rol de la acción educativa, social e investigativa frente al cáncer de mama en el territorio
- ❖ Fortalecimiento y desarrollo del personal y futuro personal de la salud para la intervención desde un enfoque de determinantes sociales de la salud, enseñando la importancia de la promoción y prevención, impulsando a la reestructuración de currículos, ampliación de créditos académicos enfocados en un modelo de prevención (asignaturas de promoción y prevención, medicina familiar)

## Referencias

1. Ramos A, Marimón T, Crespo C, Junco B y Valiente W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2015;19(4): 619-629.
2. Borbón J, Beato A. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. *Rev. Cuba. de Medicina Mil*. 2002; 31(1): 47-53.
3. Mariño M. Revisión: Cáncer de mama en Colombia. *Medicina*. 2014; 36(4): 344-352.
4. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Hacia la promoción de la salud. [Internet]. 2007; 12(Ene.dic): 11-24. [Consultado 2022 Abril 22]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
5. Colombia. Ministerio de Salud. Perfiles y competencias profesionales en salud: Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades [Internet] Bogotá: Ministerio de salud; 2016 [Consultado 2021 Junio 22]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
6. Piñeros M, Sánchez R., Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Colombia. *Salud pública de México*. 2011; 53(6): 478-485.
7. Coleman M, Quaresma M, Berrino F, Lutz J, De Angelis R, Capocaccia R, CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *The lancet oncology*. 2008; 9(8): 730-756.
8. Acosta Peralta, R. Cáncer de mama: percepciones y caracterización psicosocial de mujeres mastectomizadas [Tesis de Maestría en Estudios Sociales] [Internet] Bogotá: Universidad del Rosario; 2017 [Consultado 2022 Abril 22]. Disponible en: [https://doi.org/10.48713/10336\\_13787](https://doi.org/10.48713/10336_13787)

9. Velásquez-De Charry L, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equity in access to treatment for breast cancer in Colombia. *Salud pública de Mexico*. 2009; 51: s246-53.
10. Kerguelén C. Calidad en salud en Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma a la Salud (PARS) y Ministerio de la Protección Social (MPS). 2008; 69.
11. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014; 32(3): 305-313.
12. Universidad ESAN. Los diferentes conceptos de calidad en salud. [Internet] Perú: Conexión ESAN; 2016 [Consultado 2021 Abril 22]. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud>
13. Reyes LA, Díaz Navarro S, Pool Gómez A. Evaluation of the quality of the breast cancer program of the Hospital de San Juan de Dios en Cali - Consultorio Rosado. *Interdiscip J Epidemiol Pub Health* [Internet]. 2019 Dec. 30 [Consultado 2022 Aug. 10];2(2): e-024. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/iJEPH/article/view/5692>
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1011 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2006. [Internet]. [Consultado 2022 Aug. 10] Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2002006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%2002006.pdf)
15. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: Datos y cifras. 2021 [Internet]. [Consultado 2022 Ene. 11] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
16. Infosalus. Mujer. Desconocimiento frente al cáncer de mama. Madrid; 2015 [Internet]. [Consultado 2022 Feb. 11] Disponible en: <https://www.infosalus.com/mujer/noticia-desconocimiento-frente-cancer-mama-20150126093351.html>



17. Nicholl NL, Esparza Duque CA. Cáncer de Mama: Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento Hospital de Caldas. En Colombia [Internet]. 1998; 13(4) [Consultado 2022 Abril 22]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-134/cirugia13498estudios-cancer/>
18. García Roque D, Borges de la Oliva Y. Importancia de la pesquisa del cáncer de mama, Universidad de Ciencias Médicas, Facultad Preparatoria Cojimar, La Habana, La Habana, Cuba, CP: 10900; 2017 [Internet]. [Consultado 2022 Mar 12]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342017000100001#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20mama%20es,es%20griega%20y%20significa%20cangrejo.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000100001#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20de%20mama%20es,es%20griega%20y%20significa%20cangrejo.)
19. American Cancer Society. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de seno. [Internet]. [Consultado 2022 Mar 12]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>
20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 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 [Internet] [Consultado 2022 Mar 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
21. Congreso de Colombia. Función Pública. Ley 1335 de 2009, disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. [Internet] [Consultado 2021 Jul 12].

- Disponible en:  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36878>
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología ESE – Manual para la detección temprana de cáncer de mama 2015. [Internet] [Consultado 2021 Jul 12]. Disponible en:  
<https://www.cancer.gov.co/conozca-sobre-cancer-1/publicaciones/manual-para-deteccion-temprana-del-cancer>
  23. Universidad ESAN. Los diferentes conceptos de calidad en salud. [Internet] Perú: Conexión ESAN; 2016 [Consultado 2021 Abril 22]. Disponible en:  
<https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
  24. Acosta Peralta, R. (2017). Disponible en:  
<https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13787?show=full>
  25. Colombia Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud [Internet]. [Consultado 2021 Abril 22]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf)
  26. Colombia. Ministerio de Salud. Atributos de la calidad en la atención en Salud. [Internet]. [Consultado 2021 Abril 22]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>
  27. CONSULTORSALUD. CAC: panorama del cáncer de mama en Colombia 2020 - [Internet]. 2021 [Consultado 2022 Aug 17]. Disponible en:  
<https://consultorsalud.com/panorama-del-cancer-de-mama-en-colombia-2020/#:~:text=La%20frecuencia%20del%20c%C3%A1ncer%20de>
  28. Momenimovahed Z, Salehiniya H. Epidemiological characteristics of and risk factors for breast cancer in the world. Breast Cancer: Targets and Therapy. [Internet]. 2019

- Apr; Volume 11:151–64. [Consultado 2022 Aug 17]. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/BCTT.S176070>
29. Jiménez Herrera MP. Cáncer de Mama y Cuello Uterino en Colombia, 2018. Informe de Evento INS, [Internet] 2019; 03: 2–15. [Consultado 2022 Aug 17]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CÁNCER DE MAMA Y CUELLO UTERINO SEMESTRE I 2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CÁNCER_DE_MAMA_Y_CUELLO_UTERINO_SEMESTRE_I_2018.pdf)
  30. Yanez P. Estilos de pensamiento, enfoques epistemológicos y la generación del conocimiento científico. *Revista espacios* [Internet] 2018; 39:51 [Consultado 2022 Aug 17]. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n51/a18v39n51p18.pdf>
  31. Beltrán G ÓA. Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista colombiana de Gastroenterología* [Internet] 2015; 20(1): 60-69. [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572005000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572005000100009)
  32. Centro Cochrane Iberoamericano. Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones. 2011. [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: [https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual\\_Cochrane\\_510\\_reduit.pdf](https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/uploads/Manual_Cochrane_510_reduit.pdf)
  33. Bravo Toledo R. La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. [Internet] [Ccamposhugf.files.wordpress.com](https://ccamposhugf.files.wordpress.com/2021/04/prisma_2020_statement_definitivo-espanol-completo.pdf); 2021 [Consultado 2021 Sept 3]. Disponible en: [https://ccamposhugf.files.wordpress.com/2021/04/prisma\\_2020\\_statement\\_definitivo-espanol-completo.pdf](https://ccamposhugf.files.wordpress.com/2021/04/prisma_2020_statement_definitivo-espanol-completo.pdf)
  34. Calvo A, Martín L, Cobaleda J, Lozano R, Corona A. Criterios de calidad en el manejo del cáncer de mama en Castilla y León, mejorando nuestra eficiencia. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2014; 57(3): 103-108.
  35. Torá-Rocamora, I, Grau J, Oliver-Vall B, Bargalló X, Aldea M, Puigpinós-Riera R. Influencia de la vía diagnóstica en la clínica y el uso de terapias no convencionales en mujeres con cáncer de mama de la cohorte DAMA. *Gaceta Sanitaria*, 2020; 34: 157-165.

36. Van J, De Munck L, Otter R, De Vries J, Siesling S. Quality improvement by implementing an integrated oncological care pathway for breast cancer patients. *The Breast*. 2014; 23(4): 364-370.
37. Tresserra F, Ara C, Montealegre P, Martínez M, Fábregas R, Pascual MA. Indicadores de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer para unidades de mama: encuesta nacional. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 2017; 30(2): 45-51.
38. Cowppli-Bony A, Trétarre B, Marrer E, Defosse G, Daubisse-Marliac L, Coureau G, FRANCIM network. Compliance with clinical guidelines for breast cancer management: A population-based study of quality-of-care indicators in France. *PloS one*. 2019; 14(10).
39. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución Numero 8430 De 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 1993 [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
40. Colombia. Congreso de la República. Ley 1712 de 2014, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=56882>
41. Colombia. Congreso de la República. Ley 1266 de 2008. Ley estudiada por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-1011 de 2008 Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34488#:~:text=por%20la%20cual%20se%20dictan,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.>

42. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 594 de 2000. Reglamentada parcialmente por los Decretos Nacionales 4124 de 2004, 1100 de 2014. Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. El Congreso de Colombia. Ver la Circular de la Procuraduría General 035 de 2009, Ver el Documento de la Procuraduría General 1707 de 2009, Ver el parágrafo 3, art. 144, Ley 1448 de 2011, Ver Acuerdo AGN 5 de 2013, Ver Decreto 2578 de 2012 [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: <https://normativa.archivogeneral.gov.co/ley-594-de-2000/>
43. Sacks, Analía Abt, et al. Necesidades de información y uso de Internet en pacientes con cáncer de mama en España. *Gaceta Sanitaria* 2013; 27(3): 241-247.
44. Álvarez Hernández, C., et al. Actualización del cáncer de mama en Atención Primaria (III/V). *SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.* (Ed. impr.) 2014: 460-472.
45. Azcárate-García E, Valle-Matildes U, Villaseñor-Hidalgo R, et al. Apoyo social a mujeres con cáncer de mama en una unidad de medicina familiar de la Ciudad de México. *Aten Fam.* 2017;24(4):169-172.
46. Braña-Marcos, B; Carrera-Martínez, D; Villa-Santoveña, M de la; Avanzas-Fernández, S; Gracia-Corbato, M; Vegas-Pardavila, E. Análisis de satisfacción en mujeres con reciente diagnóstico de cáncer de mama. Estudio multicéntrico en Servicios de Oncología. *Rev. calid. Asist.* Sept.-oct. 2011; 26(5): 306-314,.
47. Díaz García, Noiva, et al. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (V/V). *SEMERGEN, Soc. Esp. Med. Rural Gen.*(Ed. impr.) 2015: 76-88.
48. Miravete P, Etxano J. Tomosíntesis de mama: una nueva herramienta en el diagnóstico del cáncer de mama. *Radiología.* 2015; 57(1): 3-8.
49. Álvarez-Hernández, C., et al. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (IV/V). *SEMERGEN-medicina de Familia* 2015; 41(1): 34-47
50. Collazos CFP. El gasto crónico de las EPS en Colombia, 2018. [Internet] [Consultado 2022 Jun 27]. Disponible en: <https://90minutos.co/atender-dolencia-cronica-cuesta-casi-el-triple-que-una-aguda-estudio-icesi-23-01-2018/>

## Anexos

## Anexo 1. Cronograma

Table 1. Cronograma

#	ACTIVIDAD	1 Mes				2 Mes				3 Mes				4 Mes				5 Mes			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Revisión de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2	Definición de objetivo de estudio					■	■	■	■												
3	Establecimiento de términos de búsqueda y fuentes de información						■	■	■	■	■	■									
4	Redacción de la propuesta									■	■	■	■								
5	Extracción y evaluación de estudios y su calidad													■	■	■	■				
6	Análisis de datos y resultados															■	■	■			
7	Definición de conclusiones e implicación en próximas investigaciones																	■	■	■	
8	Entrega de revisión sistemática																				■

## Anexo 2. Presupuesto

### General

Table 2. Presupuesto General

RUBRO	COSTO TOTAL/FINANCIADOR		TOTAL
	UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	INVESTIGADOR	
Recurso humano	4.800.000	1.600.000	6.400.000
Material fungible		50.000	50.000
Material bibliográfico (internet- base de datos)	6.000.000		6.000.000
Equipos técnicos	1.300.000	480.000	1.780.000
<b>TOTAL</b>	<b>12.100.000</b>	<b>2.130.000</b>	<b>14.230.000</b>

### Recurso Humano

Table 3. Presupuesto Recurso Humano

RECURSO	FUNCION	DEDICACION Horas/Semana	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL/FINANCIADORES		TOTAL
				UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	INVESTIGADOR	
Profesor / Asesor	Asesorar los estudiantes investigadores del proyecto	4	60.000	4.800.000		4.800.000
Estudiante	Investigador	10	8.000		1.600.000	1.600.000
<b>TOTAL</b>				<b>4.800.000</b>	<b>1.600.000</b>	<b>6.400.000</b>

**Material Fungible**

Table 4. Presupuesto Material Fungible

MATERIA L	JUSTIFICACION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL/FINANCIADORES		TOTAL
				UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	INVESTIGADOR	
Resma de papel	Utilización para los instrumentos de recolección de información	3	10.000		30.000	30.000
Bolígrafos y marcadores	Material de apoyo para el desarrollo de la investigación	2	5.000		10.000	10.000
Cosedora	Material de apoyo para el desarrollo de la investigación	1	10.000		10.000	10.000
<b>TOTAL</b>					<b>50.000</b>	<b>50.000</b>

**Equipos Técnicos**

Table 5. Presupuesto Equipos Técnicos

EQUIPO	DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL/FINANCIADOR		TOTAL
				UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	INVESTIGADOR	
Computador	Procesamiento, informes, consultas.	1.300.000	1	1.300.000		1.300.000
Impresora	Impresión de material de apoyo	400.000	1		400.000	400.000
Memoria USB	Almacenamiento y archivo de información y datos	80.000	1		80.000	



EQUIPO	DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL/FINANCIADOR		TOTAL
				UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	INVESTIGADOR	
	relacionados con el proyecto					
<b>TOTAL</b>				<b>1.300.000</b>	<b>480.000</b>	<b>1.780.000</b>