



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública

México

Velásquez-De Charry, Ligia Constanza; Carrasquilla, Gabriel; Roca-Garavito, Sandra

Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia

Salud Pública de México, vol. 51, núm. 2, 2009, pp. s246-s253

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10616164015>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia

Ligia Constanza Velásquez-De Charry, MSc Epidemiol,<sup>(1)</sup>  
 Gabriel Carrasquilla, MD, DrPH,<sup>(1,2)</sup> Sandra Roca-Garavito, MD, MSc Epidemiol.<sup>(1)</sup>

**Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S.**  
**Equidad en el acceso al tratamiento**  
**para el cáncer de mama en Colombia.**  
*Salud Pública Mex 2009;51 suppl 2:S246-S253.*

## Resumen

**Objetivos.** Evaluar la equidad en el acceso al tratamiento para cáncer de mama y comparar las barreras geográficas, económicas y organizacionales y las autorizaciones que enfrentan las mujeres, de acuerdo con su afiliación a la seguridad social en salud. **Material y métodos.** Seguimiento retrospectivo a través de encuestas a mujeres bajo tratamiento para establecer la equidad y contrastar los obstáculos para acceder al tratamiento con objeto de determinar las diferencias relacionadas con su condición de afiliación a la seguridad social en salud. **Resultados.** Es más probable que las afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres de estratos pobres sin seguro deban desplazarse a otra ciudad para recibir tratamiento ( $RM= 2.40$ ;  $IC95\%: 1.64-3.43$ , y  $RM= 1.80$ ;  $IC95\%: 1.04-3.06$ , respectivamente). La probabilidad de que las mujeres pobres sin seguro deban pagar por los medicamentos es mayor ( $RM= 3.7$ ;  $IC95\%: 2.15-6.44$ ). **Conclusiones.** El acceso real al tratamiento para cáncer de mama en Colombia es inequitativo, dado que las mujeres más vulnerables enfrentan mayores barreras.

**Palabras clave:** equidad; tratamiento; cáncer de mama; Colombia

**Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S.**  
**Equity in access to treatment**  
**for breast cancer in Colombia.**  
*Salud Pública Mex 2009;51 suppl 2:S246-S253.*

## Abstract

**Objectives.** To evaluate equity in access by comparing geographic, economic, and organizational barriers as well as authorization obstacles that women encounter depending on their affiliation with the social security health system. **Material and Methods.** A retrospective survey was conducted among women undergoing breast cancer treatment to determine differences and the degree of fairness in access to care according to their affiliation with the social security health system. **Results.** Women affiliated with the subsidized social security health system as well as women living in rural areas have a greater probability to travel to another city (OR 2.40 IC95%; 1.64-3.43 and OR 1.80 IC95%; 1.04-3.06, respectively). Poor women without insurance have greater probability of having to pay for medications (OR 3.7 IC95%; 2.15-6.44). **Conclusions.** Access to breast cancer treatment is inequitable and particularly detrimental to vulnerable populations.

**Key words:** health-care access; treatment; breast neoplasm; Colombia

(1) Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá.  
 (2) Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Fecha de recibido: 12 de noviembre de 2008 • Fecha de aprobado: 19 de diciembre de 2008  
 Solicitud de sobretiros: Dr. Gabriel Carrasquilla. Calle 119 No. 7-75, Bogotá, Colombia.  
 Correo electrónico: gabriel.carrasquilla@fsfb.org.co

**L**a equidad en el acceso a los servicios es un tema de primer interés en la agenda de la política pública de salud, en virtud de los efectos que tiene en la población menos favorecida y más vulnerable de la escala social. A pesar de que en muchos de los países miembros de la OECD los servicios generales de salud se distribuyen entre la población con cierta igualdad, si bien con mayor énfasis en los grupos pobres, la medicina especializada está disponible las más de las veces sólo para las personas de mayores recursos. Este fenómeno parece ser universal y se refuerza cuando se ofrecen seguros privados o públicos para el acceso al cuidado médico.<sup>1</sup>

Ahora bien, en Estados Unidos de América se han encontrado injusticias sociales en la atención de afeciones oncológicas, dado que los individuos pobres que padecen cáncer no cuentan con acceso a tratamientos de alta calidad y tienen obstáculos para obtener y usar seguros de salud,<sup>2</sup> sea por aislamiento geográfico, falta de transporte u horarios de servicio inconvenientes.<sup>3</sup>

Entre las principales dificultades que presenta la atención de la salud, Arriagada<sup>4</sup> identificó en Latinoamérica la falta de equidad de los sistemas de salud, expresada en el limitado acceso a los servicios observado en países como Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. En esta perspectiva, Almeida<sup>5</sup> recomienda a los países disminuir o eliminar las disparidades en el cuidado médico,<sup>6</sup> en especial en los trastornos considerados de alto costo por su consumo de medicamentos y tecnología, casi siempre con afectación de las clases más pobres.

Para corregir estas diferencias y desigualdades, Colombia introdujo en los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) la equidad, entendida como la provisión de servicios de igual calidad a todos los habitantes del país, cualquiera que sea su capacidad de pago;<sup>7</sup> se eliminaron, a través del aseguramiento, las barreras económicas para acceder a éstos.<sup>8</sup> En este sistema, las personas empleadas en el sector formal de la economía, así como los trabajadores independientes, se afilan al régimen contributivo y pagan su cotización de manera compartida con su empleador o sus propios recursos y las personas clasificadas como pobres se afilan al régimen subsidiado en el que su cotización se paga a través de un subsidio del gobierno. Por último, la población pobre, sin seguro de salud, tiene derecho a los servicios en las instituciones públicas y privadas que tengan contrato con el Estado.<sup>7</sup> En este contexto, el acceso al tratamiento del cáncer de mama, que en el año 2004 fue la cuarta causa de mortalidad en mujeres de 45 a 64 años<sup>9</sup> con una tasa de 24.6 por 100 000 habitantes y que ascendió a 25.2 en el año 2005,<sup>10</sup> está incluido en los regímenes contributivo<sup>11</sup> y subsidiado<sup>12</sup> y las personas

pobres sin seguro de salud pueden acceder a él gratuitamente en los hospitales públicos.<sup>13</sup>

Esta reglamentación se basa en la teoría igualitarista de la equidad,<sup>6</sup> toda vez que garantiza la igualdad de oportunidades para todas las mujeres de recibir tratamiento, al margen de su condición de afiliación a la seguridad social en salud y, en este contexto, es factible asumir que el acceso potencial es equitativo. Sin embargo, con la finalidad de lograr un acceso real equitativo, también es necesario tener en cuenta las características del sistema de prestación de los servicios, tales como la disponibilidad de prestadores y las características de las personas, por ejemplo su edad, residencia y grupo étnico, dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo poblacional al sistema de prestación de servicios y que afectan su probabilidad de acceder al cuidado médico tanto potencial como realizado.<sup>14</sup>

Con base en la teoría igualitarista de la equidad y los factores relacionados con el acceso potencial o real ya planteado, el propósito del estudio fue evaluar la equidad en el acceso real al tratamiento del cáncer de mama. Se sometió a prueba la hipótesis de que en Colombia hay inequidad en el acceso real a los servicios para el tratamiento entre las mujeres, de acuerdo con su condición de afiliación a la seguridad social en salud, cualesquiera que sean sus características personales.

## Material y métodos

En esta investigación se utilizó un diseño de seguimiento retrospectivo.<sup>15</sup> En el estudio se analizó el acceso real a los servicios de detección temprana mediante mamografía<sup>16</sup> para el diagnóstico definitivo a través de biopsia<sup>17</sup> y al tratamiento de la enfermedad. En este artículo se presentan los hallazgos de la fase de tratamiento.

Bajo esta perspectiva, en la cohorte de mujeres en tratamiento por cáncer de mama entre enero de 2005 y julio de 2006, clasificadas según su condición de afiliación a la seguridad social en salud, se analizó su acceso real a los servicios terapéuticos (cirugías, quimioterapia y radioterapia) con el objeto de identificar obstáculos diversos atribuibles a las características estructurales de la prestación de los servicios que permitieran establecer la equidad, medida en términos de la igualdad de oportunidades para cada individuo en acceder a servicios, sin importar cuáles sean sus características personales.

Las mujeres participantes en el estudio fueron captadas en instituciones habilitadas para el tratamiento del cáncer de mama en las seis ciudades colombianas que presentan las mayores tasas de mortalidad por cáncer.<sup>18</sup>

El tamaño de la muestra se calculó con base en el uso de los servicios esperados en detección y, ante

la ausencia de metas de cumplimiento obligatorio para la práctica de la mamografía, se asumieron como frecuencia esperada de uso los objetivos establecidos para la realización de pruebas de detección de cáncer de cuello uterino (óptimo de 80% y mínimo aceptable de 70% para las pacientes aseguradas) y se aplicó este 10% como diferencia en la utilización entre condiciones de afiliación a la seguridad social en salud. Además, se empleó 80% como poder del estudio, un nivel de significancia de 5% y una relación de 1:1:1 para cada condición de afiliación a la seguridad social, que no se cumplió en razón de la aportación de subsidios parciales a pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer y un incremento de 50% por rechazo, que luego se excluyó por el nulo porcentaje de falta de respuesta.<sup>17</sup>

Como variable independiente o factor de exposición se estableció la condición de afiliación a la seguridad social en salud. Ésta es una variable nominal y categórica, definida en términos operacionales como afiliación a los regímenes contributivo o subsidiado o ser pobre y no tener seguro de salud.

Las variables dependientes o "eventos" fueron las siguientes: a) tener barreras geográficas para el acceso a las diferentes intervenciones que hacen parte de su tratamiento debido a la necesidad de desplazarse a otra ciudad; b) enfrentar barreras económicas, dado que debe pagarse por los medicamentos; c) y encontrar barreras organizacionales por los horarios de atención o las autorizaciones de las entidades pagadoras.

Además, se evaluaron las características de las personas que predisponen el acceso real a los servicios, como estado civil, grupo étnico y nivel educativo, y que por tanto también se relacionan con los factores bajo estudio, razón por la cual se debía hacer el respectivo ajuste.

Para recoger la información en primera instancia, en cada una de las ciudades, se realizó un inventario de las instituciones públicas y privadas habilitadas para ofrecer servicios oncológicos. A éstas se les entregó el protocolo del estudio para que se revisara en el comité de ética de la entidad. Una vez aprobado, se inició la captación de pacientes, a las que se les aplicó una entrevista orientada por un instrumento tipo encuesta, previo consentimiento informado. A continuación, los investigadores revisaron los instrumentos y su contenido se verificó a través de llamadas telefónicas aleatorias (10% de la muestra). Los datos conformaron una base maestra diseñada en Excel, la cual se trasladó a Stata SE II versión 9, previa revisión, para el procesamiento estadístico.

El análisis estadístico consistió en la descripción de las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en el estudio, consideradas como factores que predisponen al uso de servicios y el acceso real a las

diferentes alternativas terapéuticas. Esta descripción se realizó en consideración de la frecuencia y su discriminación por régimen de afiliación, a través de tablas de dos por n y pruebas de la ji cuadrada que permitieran identificar las posibles diferencias, estadísticamente significativas, entre la población de estudio, con base en la condición de afiliación a la seguridad social en salud.

A continuación se estableció la relación entre la condición de afiliación a la seguridad social de las mujeres y la oposición de obstáculos para acceder a su tratamiento atribuibles a barreras geográficas, económicas y operacionales por la organización de los servicios de salud; se utilizó el cálculo de razón de momios (RM) con intervalos de confianza al 95%.

Estas relaciones se ajustaron mediante modelos multivariados de regresión logística múltiple que permitieran identificar posibles confusiones en la vinculación entre la exposición (condición de afiliación a la seguridad social en salud) y los factores bajo estudio (barreras geográficas, económicas y organizacionales para el acceso real al tratamiento) generadas por las características del individuo que predisponen al uso de los servicios y que alteraran el efecto encontrado.

Por último, se identificaron posibles interacciones que modificarían el efecto del régimen de afiliación a la seguridad social en salud por enfrentar barreras para el acceso real a las diferentes intervenciones terapéuticas incluidas en el tratamiento; para ello se evaluaron estadísticamente los términos de interacción y se compararon los modelos a través de la prueba de verosimilitudes.

Para evaluar la equidad se establecieron, como categorías de referencia para interpretar los valores de las razones de momios, las afiliadas al régimen contributivo y frente a este grupo se determinaron las diferencias en las probabilidades de haber enfrentado barreras geográficas, económicas y organizacionales en el uso efectivo de tratamiento de la enfermedad.

## Resultados

En el estudio 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.

La edad promedio fue de 55 años sin diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.19$ ), aunque fueron diferentes en el estado civil, el grupo étnico y el nivel educativo, factores todos relacionados con el uso de los servicios. Entre las subsidiadas y las personas pobres sin seguro de salud se observó un mayor porcentaje de

mujeres en unión libre, afrocolombianas e indígenas y analfabetas (cuadro I)

Llama la atención el hecho de que la mayoría de las mujeres inició su tratamiento en estados avanzados de la enfermedad, en particular las afiliadas al régimen subsidiado y las pacientes pobres sin seguro de salud (cuadro II). Asimismo, debe destacarse el bajo registro de hormonoterapia en estados clínicos avanzados (cuadro III).

Ahora bien, con respecto a las barreras que enfrentaron las mujeres para hacer uso de las intervenciones terapéuticas incluidas en su tratamiento, se reconoció que el principal obstáculo fue la necesidad de desplazar-

se a otra ciudad (25.3%), seguido por las autorizaciones de las entidades pagadoras (20.4%) y los montos de los medicamentos (14.3%).

Del total de mujeres que participaron en el estudio, 74% no tuvo que desplazarse a otra ciudad para recibir el tratamiento y fueron las afiliadas al régimen subsidiado y las personas pobres sin seguro de salud las que tuvieron mayor probabilidad de desplazarse a otra ciudad para recibir los servicios del tratamiento de su enfermedad (cuadro IV).

Por otra parte, tener que pagar por los fármacos se vincula con la condición de afiliación a la seguridad

Cuadro I

## CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA INGRESADAS AL ESTUDIO

Característica	R contributivo n (%)	R subsidiado n (%)	Pobres no afiliadas n (%)	p
Edad (años) M= 55	56	54	55	0.19
Estado civil				
Soltera (184)	81 (20)	75 (25)	28 (30)	
Casada(315)	187 (45)	103 (35)	25 (26)	
Unión libre(89)	38 (9)	37 (13)	14 (15)	
Viuda(111)	55 (13)	37 (13)	19 (20)	
Separada(107)	55 (13)	43 (14)	9 (9)	
n (806)	416 (100)	295 (100)	95 (100)	0
Grupo étnico				
Blanca o mestiza(750)	398 (96)	269 (91)	83 (87)	
Afrocolombiana o indígena(56)	18 (4)	26 (9)	12 (13)	
n( 806)	416 (100)	295 (100)	95 (100)	0
Nivel educativo				
Universidad (102)	82 (20)	13 (4)	7 (7)	
Bachillerato(302)	189 (45)	86 (29)	27 (29)	
Primaria(346)	130 (31)	161 (55)	55 (58)	
Analfabeta(56)	15 (4)	35 (12)	6 (6)	
n (806)	416 (100)	295 (100)	95 (100)	0

Cuadro II

## ESTADO CLÍNICO AL INICIO DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Estado clínico	Contributivo	%	Subsidiado	%	Pobre sin seguro	%	Total	%
In situ	11	3.3	4	1.6	0	0	15	2.3
Temprano	88	26.6	31	12.8	9	13.4	128	20.
Loc/avanz	206	62.2	177	72.8	47	70.1	430	67.1
Metastásico	26	7.9	31	12.8	11	16.4	68	10.6
n	331	100.	243	100	67	100	641	100

social en salud y son las mujeres pobres sin seguro de salud quienes tienen la mayor probabilidad de tener que sufragarlos (cuadro V).

Por último, 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.

## Discusión

Los hallazgos de este estudio confirman la hipótesis de que en Colombia hay inequidad en la probabilidad de enfrentar barreras para el acceso real a los servicios para

el tratamiento; tal inequidad entre las mujeres depende de su condición de afiliación a la seguridad social en salud, al margen de sus características personales.

En primer término destaca el porcentaje de mujeres que iniciaron su tratamiento en estados avanzados de la enfermedad, situación más acentuada en las pacientes que tienen mayor grado de vulnerabilidad social, como son las subsidiadas por el gobierno y las mujeres pobres que no cuentan con seguro de salud. Esto, si bien es consecuencia de la baja frecuencia y probabilidad de someterse a una mamografía para detección temprana de las afiliadas al régimen subsidiado y las pacientes pobres sin seguro de salud,<sup>17</sup> señala su desventaja en relación

**Cuadro III**  
**USO DE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS PARA EL CÁNCER DE MAMA POR CONDICIÓN DE AFILIACIÓN EN ESTADOS CLÍNICOS AVANZADOS**

Intervención terapéutica	Contributivo	Subsidiado	Pobre sin seguro	Total	%
Resección	192	145	38	375	75.70
Radioterapia	166	120	33	319	64.06
Quimioterapia	189	176	46	411	82.53
Hormonoterapia	53	62	10	125	25.10
Valor de <i>p</i>					0.25

**Cuadro IV**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS GEOGRÁFICAS PARA EL ACCESO REAL AL TRATAMIENTO Y LA CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Condición de afiliación	RM cruda	IC95%	RM ajustada	IC95%
Régimen contributivo	1			
Régimen subsidiado	2.50	1.75-3.51	2.40	1.64-3.43
Pobre sin afiliación	2.10	1.24-3.41	1.80	1.04-3.06
Estado civil				
Soltera	1			
Casada	1.10	0.71-1.71	1.20	0.75-1.96
Unión libre	1.80	1.04-3.21	1.60	0.87-2.97
Viuda	1.50	0.89-2.60	1.50	0.81-2.70
Separada	1.20	0.69-2.12	1.30	0.71-2.38
Grupo étnico				
Blanca/mestiza	1			
Afrocolombiana/indígena	1.80	1.05-3.27	1.40	0.76-2.66
Nivel educativo				
Universidad	1			
Analfabeta	2.10	1.03-4.43	1.40	0.60-3.25
Primaria	1.70	1.01-2.93	1.30	0.70-2.39
Bachillerato	0.90	0.50-1.53	0.90	0.50-1.71

**Cuadro V**  
**RELACIÓN ENTRE BARRERAS ECONÓMICAS PARA EL ACCESO REAL AL SERVICIO Y LA CONDICIÓN  
DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Condición de afiliación	RM cruda	IC95%	RM ajustada	IC95%
Régimen contributivo	1			
Régimen subsidiado	0.60	0.39-1.06	0.60	0.37-1.01
Pobre sin afiliación	4	2.35-6.48	3.70	2.15-6.44
Estado civil				
Soltera	1			
Casada	0.50	0.28-0.80	0.40	0.29-1.35
Unión libre	0.70	0.35-1.40	0.70	0.33-1.41
Viuda	0.70	0.36-1.31	0.60	0.32-1.29
Separada	0.80	0.41-1.46	0.80	0.44-1.66
Grupo étnico				
Blanca/mestiza	1			
Afrocolombiana/indígena	1.30	0.65-2.72	1.20	0.54-2.48
Nivel educativo				
Universidad	1			
Analfabeta	0.70	0.27-2.08	0.80	0.27-2.51
Primaria	1.10	0.57-2.05	1	0.51-2.09
Bachillerato	1.10	0.56-2.04	1	0.52-2.06

con las probabilidades de que el uso de las intervenciones terapéuticas mejore sus niveles de sobrevida.

A esta situación se añade el hecho de que estas mismas mujeres tienen mayor probabilidad de verse obligadas a desplazarse a otra ciudad para recibir tratamiento. Tal situación es consistente con los datos disponibles acerca de los servicios oncológicos que, si bien han crecido después de la instalación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, han tenido una distribución generadora de inequidades,<sup>19</sup> dado que no se ha considerado la demanda de servicios oncológicos para el régimen subsidiado, en el cual se encuentran las demandas de servicios de las pacientes más pobres.

Este hallazgo, similar a lo encontrado en el acceso real a los servicios diagnósticos,<sup>18</sup> debe alertar acerca de la operación de los sistemas de referencia tanto de las administradoras del seguro como de la Secretaría de Salud. Asimismo, es consistente con los resultados de la encuesta aplicada por la CEPAL en el 2005 a los ministerios de salud de 17 países latinoamericanos para comprender la percepción de las autoridades nacionales de la realidad y los problemas específicos de su población en materia de salud. En este plano, las principales dificultades en Colombia son la accesibilidad

a la prestación de servicios en salud, las ineficiencias de su organización y operación a causa del déficit de los recursos de salud y la escasa oferta en puntos no urbanos.<sup>4</sup> De igual manera, contradicen las observaciones de Robles,<sup>20</sup> dado que en cuanto a la atención del cáncer de mama la CEPAL recomienda evaluar las necesidades y construir capacidad local para enfrentarlas.

Por otro lado, llama la atención que, a pesar de la implantación de seguros de salud, persisten las barreras económicas atribuibles a la necesidad de pagar por los medicamentos incluidos en el tratamiento, junto con la condición de afiliación y las mujeres pobres sin seguro de salud. Este hallazgo concuerda con el estudio de Bigby,<sup>21</sup> que notifica desigualdades en el tratamiento de trastornos oncológicos en relación con la condición de aseguramiento y el nivel socioeconómico, y con Arozullah,<sup>22</sup> que encontró que el principal gasto de bolsillo entre las mujeres con cáncer de mama lo representan los fármacos. Por último, Mejía<sup>23</sup> también informa en Antioquia que los pacientes sin afiliación sufren un mayor gasto de bolsillo en medicamentos, lo cual es sin duda uno de los mayores generadores de inequidad.

Asimismo, desde la óptica de las políticas públicas de salud colombianas, es manifiesta la dificultad de los

hospitales públicos para comprar medicamentos para este tipo de tratamientos y suministrarlos a los pacientes.\* Más aún, es claro el efecto de la despreocupación por el fortalecimiento de la oferta pública de servicios oncológicos; ésta, mientras se alcanza el aseguramiento universal de la población, debe contar con las instalaciones necesarias para atender estas enfermedades. Además, refleja el alejamiento de las secretarías de salud de su responsabilidad de garantizar a los sujetos pobres sin seguro de salud un tratamiento en las mismas condiciones que las afiliadas a la seguridad social en salud.

En suma, los hallazgos concuerdan con Evans,<sup>24</sup> quien afirma que pese a los notables progresos del conocimiento médico y tecnológico, los sistemas de aseguramiento constituirían un factor importante en la generación de inequidades en salud. Mejía<sup>25</sup> sugiere que los problemas de equidad para el acceso real a los servicios de salud se han consolidado por la influencia de factores inherentes a los modelos de sistemas de salud y confirman las aseveraciones de Chen,<sup>25</sup> que considera que las reformas a los sistemas de salud no adoptan la misma forma de acceso a servicios asequibles adecuados y tecnologías adaptables a las diversas realidades locales.

### Conclusión

A la luz del modelo conceptual que sirvió de base para el desarrollo de este estudio, es posible concluir que la condición de afiliación como factor facilitador del acceso real al tratamiento para cáncer de seno genera inequidades en contra de los grupos sociales más vulnerables, toda vez que deja de lado las características estructurales de la prestación de los servicios que determinan su disponibilidad. Además, si bien incide en las barreras económicas, en Colombia genera desigualdades dado que éstas persisten para los individuos sin afiliación.

Bajo esta perspectiva se propone tener en cuenta en las políticas públicas para el tratamiento del cáncer de mama las siguientes recomendaciones:

1. Evaluar la distribución de la oferta pública y privada de servicios oncológicos en relación con insumos, tecnología y recursos humanos desde la perspectiva de su demanda potencial, de tal manera que disminuya el efecto de las barreras geográficas para los más pobres.

2. Mientras se alcanza la afiliación universal a la seguridad social en salud es indispensable garantizar la disponibilidad de tecnología y medicamentos para atender el tratamiento de estas afecciones en la oferta pública.

Para concluir, aunque el diseño utilizado en este estudio permitió una reconstrucción del uso efectivo de las intervenciones terapéuticas, dado que se efectuó en instituciones prestadoras de servicios, es posible que no todas las mujeres que padecen esta enfermedad, en particular las que residen en áreas rurales y las que carecen de seguro de salud, recibieran el servicio, por ejemplo las que habían terminado ya su tratamiento o las que murieron, y por tanto se las excluyó del estudio. En consecuencia, sus conclusiones sólo pueden extrapolarse a los pacientes con cáncer que consultan instituciones de alta complejidad terapéutica en oncología.

Por otra parte, dentro del proceso de recolección de los datos se encontró que el número de pacientes pobres sin seguro no presentó la proporción esperada, lo cual puede explicarse por el suministro de los subsidios parciales, aunque tampoco es descartable que la población pobre no afiliada definitivamente acceda en menor proporción a los servicios de salud de mayor especialización. Esto haría que existiera una fuente potencial de selección diferencial entre expuestos o afiliados y no expuestos o no afiliados. Sin embargo, dado que se encontraron vinculaciones significativas con esta limitante, es posible presuponer que las inequidades para este grupo de población podrían ser aún mayores.

De acuerdo con estas limitantes, si bien este estudio arroja información valiosa para establecer un seguimiento de la equidad en la atención del cáncer de mama en Colombia, otros estudios de cohorte prospectivos que partan de la detección harán posible identificar con mayor claridad otras inequidades atribuibles a la condición de afiliación a la seguridad social en salud, que en Colombia se relacionan a su vez con la condición socioeconómica de la población.<sup>26</sup>

### Reconocimientos

En este artículo se presentan y discuten los resultados de la evaluación de la equidad en el acceso real al tratamiento para cáncer de mama, parte del proyecto *Evaluación de la equidad en la atención de cáncer de seno en los regímenes de seguridad social en salud*, financiado por Conciencias, según contrato 315-2004, y por el Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Esta entidad, junto con las instituciones participantes, emitió la respectiva aprobación por parte del comité de ética.

\* Entrevista suministrada por el jefe de servicios de Oncología de un hospital público que solicita mantener su anonimato.

Los autores manifiestan su agradecimiento a los directores de las unidades oncológicas que participaron en este estudio; a los médicos y enfermeras de la diferentes ciudades que se encargaron de recoger la información; y a los centros de investigación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB) y la Universidad del Norte de Barranquilla, que vigilaron el proceso de recolección de la información en estas ciudades.

## Referencias

1. Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, for the OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can Med Assoc J* 2006;174:187-188.
2. Freeman H. Poverty, culture, and social injustice: determinants of cancer disparities. *CA Cancer J Clin* 2004;54:72.
3. Trans-HHS Cancer Health Disparities. Making cancer health disparities history. Progress review group submitted to the Secretary, U.S. Department of Health and Human Services 2004.
4. Arraigada I, Aranda V, Miranda F. Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie Políticas sociales No 14 CEPAL. Naciones Unidas, 2005.
5. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2002;18(4):905-925. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en). doi: 10.1590/S0102-311X2002000400002.
6. Aday L, Begley C, Lairson D, Slater C. Evaluating the medical care system. Effectiveness, efficiency and equity. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1993.
7. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley 100 de 1993, artículo 153. Santa Fe de Bogotá: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1993.
8. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la ley 100, Fescol, FES, FRB. Bogotá: Fundación Corona, 1997.
9. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia, Indicadores Básicos, 2006.
10. Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud en Colombia, Indicadores Básicos 2006 y 2007, 11. Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Resolución 5261, artículo 16./Agosto 5 de 1994.
12. Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, Acuerdo 000306 Diario Oficial No 46.096, agosto de 2005.
13. Ley 715 de 2001. Congreso Nacional de la Republica de Colombia, 2001.
14. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res* 1983;18(1): 49-74.
15. Marina P. ¿Qué nos han enseñado los estudios de seguimiento de toxicómanos? *Adicciones* 1999;11 (3): 237-241.
16. Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección de cáncer de seno en Colombia. *Rev Salud Pública* 2008; 10 (4):571-582.
17. Charry L, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿un problema de equidad? *Colomb Med* 2008; 39: 24-32.
18. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin D. Globocan 2000 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide International Agency for research on cancer. Geneva: World Health Organization, 2000.
19. Murillo R, Quintero A, Piñeros M, Bravo M, Cendales A. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogota: Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2006.
20. Robles S, Galanis E. Breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2002; 11 (3): 178-185. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002000300007&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000300007&lng=en). doi: 10.1590/S1020-49892002000300007.
21. Bigby J, Holmes M. Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Cau Control* 2005 16: 35-44.
22. Arozullah M, Calhoun E, Wolf M, Finley D, Fitzner K, Heckinger E, et al. The financial burden of cancer: estimates from a study of insured women with breast cancer. *J Support Oncol* 2004;2:271-278.
23. Mejía A, Sánchez-Gandul A, Tamayo-Ramírez J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública* 2007;9(1): 26-38.
24. Fabienne P, Evans T. Dimensiones éticas de la equidad en salud. En: Desafío a la falta de equidad en la salud. Publicación científica y técnica 585. Fundación Rockefeller OPS: 27-35 .
25. Lincoln C, Chen G, Berlinguer S. Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización. En: Desafío a la falta de equidad en la salud. Publicación científica y técnica 585. Fundación Rockefeller OPS: 37-47.
26. Dacha N. Inequidades en salud: como estudiarlas. Segunda versión. Disponible en: <http://www.ime.unicamp.br/~dachs/equidad>.