

El acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales en dos redes integradas de servicios de salud en Colombia: un estudio de casos múltiples de mujeres con cáncer de mama

Access to the health services continuum between different healthcare levels in two colombian integrated health service networks: a multiple case study on women with breast cancer

Margin Martínez M.¹

¹ Fisioterapeuta. Profesora asistente de carrera académica, escuela de medicina y ciencias de la salud, Universidad del Rosario. Estudiante de la Maestría en Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Correo electrónico: margin.martinez@urosario.edu.co

Introducción

El cáncer de mama se constituye en una enfermedad de gran impacto a nivel mundial ya que ocupa el segundo lugar general entre todos los cánceres luego del cáncer de pulmón. Según las estimaciones reportadas en el año 2008 por la Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), es la quinta causa de muerte por cáncer en general; es el más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1,38 millones de nuevos casos (23% de todos los cánceres); y se establece como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer (458.000 defunciones) [4]. Se atribuye el incremento en la incidencia de este tipo de cáncer al aumento en la esperanza de vida al nacer, a la urbanización y a la adopción de modos de vida propios de países industrializados [5].

Actualmente, el cáncer de mama es el más común en las mujeres tanto en las regiones desarrolladas como en desarrollo; sin embargo, las tasas de mortalidad son mucho más bajas en las regiones más desarrolladas y la supervivencia es más favorable en países con altos ingresos [4]. La supervivencia es el principal indicador de los resultados de los servicios de salud o tratamiento del cáncer, y un componente importante en el mantenimiento de las actividades de lucha contra la enfermedad [6].

En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama se constituye en el cáncer más frecuente en las mujeres (39,7 por 100.000) y alcanza la más alta tasa de mortalidad (12,4 por 100.000); en Suramérica para el año 2008 se presentaron 44,3 casos por 100.000 mujeres, seguido del Caribe con 39,1 y Centroamérica con 26 [4]. Llama la atención las altas tasas de incidencia y de mortalidad

que presentan países del cono sur como Uruguay, Argentina y Paraguay; en el caso de Uruguay, se encuentra la mayor tasa de incidencia del continente (90,7 por 100.000); asimismo, las tasas de mortalidad en estos tres países son las más elevadas de la región y se encuentran por encima de las norteamericanas, cuyas tasas han presentado un descenso reciente de la mortalidad debido no sólo a la efectividad de los programas de detección temprana, sino también a la oportunidad y calidad del tratamiento basado en guías de práctica clínica, incorporación oportuna de nuevas tecnologías, educación continua del personal de salud y fomento a protocolos de investigación [4, 7].

En Colombia, el cáncer de mama se está convirtiendo en un problema de salud pública ya que el número de casos ha venido incrementándose progresivamente superando al cáncer de cuello uterino, pues pasó de ser el segundo cáncer más frecuente entre 1995 y 1999 (30 por 100.000) a ocupar el primer lugar entre 2002 y 2006 (36 por 100.000) [8, 9].

Con relación a la mortalidad, el país muestra un incremento constante ya que en las décadas de los ochenta y noventa, pasó de una tasa de 3,5 por 100.000 en 1981, a 6,8 por 100.000 en el año 2000, y se ubicó como la tercera causa de muerte por cáncer entre las mujeres en ese año; situación que se contrasta con otros estudios adelantados en países de altos ingresos donde a pesar que las tasas duplican a las colombianas y los estilos de vida favorecen el riesgo para el cáncer de mama, dicho riesgo se mantuvo constante e incluso, en algunos países, se observaron reducciones importantes en la mortalidad durante periodos similares [10].

Lo anterior evidencia la manera como el perfil epidemiológico ha venido cambiando pues luego de ser una enfermedad propia de regiones desarrolladas, actualmente está impactando de manera creciente la salud de las mujeres de los países con menores ingresos, comportamiento que podría explicarse por el acelerado proceso de urbanización y el incremento en factores de riesgo asociados como son el sedentarismo, los elevados índices de masa corporal y los cambios en los patrones reproductivos como la edad tardía al primer embarazo, la baja paridad, la no práctica de lactancia materna y el uso de anticonceptivos orales [11, 12].

Bajo esta perspectiva se ubica como un problema de gran magnitud, poco reconocido en la región, que impacta no sólo la salud de la mujer, sino la pareja, la familia, la sociedad y el sistema de salud [12]. Particularmente, los sistemas de salud enfrentan un enorme desafío que compromete a los tomadores de decisión a ofrecer una respuesta inmediata mediante un abordaje basado en un enfoque integral que abarque los factores causales y de riesgo, la prevención, la detección y el tratamiento médico; en otras palabras, a establecer trayectorias óptimas a través de los servicios de salud [13].

Esta situación se complejiza aún más si se tiene en cuenta que en el sistema de salud colombiano son evidentes los problemas en la equidad y la calidad de los servicios de salud y las múltiples barreras de acceso relacionadas con factores poblacionales y las características de los servicios [14, 15]. Además, como consecuencia de la fragmentación en la prestación de servicios, los usuarios deben acudir a diferentes tipos de proveedores lo cual dificulta la conexión de los componentes en una trayectoria asistencial.

Existen barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del CaMa como son: la falta de información de la mujer sobre la enfermedad, las creencias y tabúes en torno de la enfermedad, la falta de disponibilidad de servicios de salud, y la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del médico del primer nivel de atención, que se convierten en factores coadyuvantes para el diagnóstico tardío de la enfermedad [16].

En Colombia, por la escasez de recursos económicos, la mamografía se hace como programa de tamizaje de oportunidad y no como tamizaje poblacional organizado. La mayoría de casos se diagnostican en estadios avanzados y el intervalo de tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento es excesivamente prolongado. Además existen inequidades en el acceso a la mamografía particularmente en las mujeres más vulnerables de la escala social [17, 18, 19].

Respecto a continuidad asistencial en CaMa, se encuentran estudios que muestran disparidades sustanciales en la detección, diagnóstico, tratamiento y supervivencia relacionadas con la edad, el tipo de seguro y la

posición socioeconómica [20]. La falta de continuidad está asociada con un mayor número de errores médicos y reducción en la seguridad del paciente, en tanto que estar en tratamiento con un mismo médico a largo plazo, genera beneficios en la detección del cáncer de mama, la disminución en el uso de la atención por urgencias, menor probabilidad de hospitalizaciones y una mejor atención preventiva [21, 22].

Además, la continuidad en la atención favorece el bienestar de las pacientes, la adaptación, la toma de decisiones informada, la supervivencia y, de acuerdo con la evolución, la transición al tratamiento paliativo a medida que progresa la enfermedad; inclusive, la continuidad del personal luego que las pacientes salen de alta tiene un efecto positivo y significativo en el estado emocional de las pacientes y en la percepción del dolor postoperatorio evaluado un año después de la cirugía [23, 24, 25].

Sin embargo, son escasos los estudios que analizan desde la perspectiva del paciente la trayectoria en todos los niveles de atención, pues usualmente los estudios son de tipo cuantitativo, centrados en la interacción entre proveedores, dirigidos a evaluar la continuidad de relación médico-paciente en enfermedades crónicas en el nivel de atención básico [26, 27].

A pesar de que existen pocos estudios que analizan la continuidad de la atención desde la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama, se sabe que: es complejo definirla y evaluarla ya que se ve influenciada no sólo por factores relacionados con los sistemas administrativos en salud y con los profesionales encargados de la atención, sino también por las acciones de las pacientes frente a su tratamiento, la participación en la toma de decisiones compartidas y el compromiso de las personas cercanas a ellas; los aspectos como las fallas en la transferencia de información entre la atención primaria y la secundaria, las pérdidas de las órdenes de referencia, el extravío de la historia clínica, el uso de sistemas de asignación de citas poco confiables, la renovación del personal médico, las deficiencias en la comunicación y en el suministro de información al paciente, dan lugar a retrasos en el tratamiento y por ende una pobre continuidad; los factores personales de los pacientes tienen una fuerte influencia en la continuidad de la atención, no obstante, estos no han sido descritos previamente ni se han incorporado a la orientación de la prestación de servicios para el tratamiento del cáncer [27].

Según la revisión realizada, en Colombia no existen estudios que aborden la problemática del acceso al continuo asistencial desde la perspectiva de los actores involucrados.

De acuerdo con la problemática expuesta y los resultados de las investigaciones reportadas, se plantea la necesidad de un proyecto que analice: ¿Cómo perciben las usuarias con cáncer de mama de dos redes integradas de servicios en salud en Colombia, el acceso al continuo de servicios entre niveles asistenciales?

Metodología

Es un estudio descriptivo y exploratorio de naturaleza cualitativa, basado en el desarrollo de estudios de caso. Los estudios de caso se constituyen en una herramienta valiosa de investigación ya que permiten registrar la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, y obtener datos de fuentes de información cualitativas y cuantitativas [28, 29].

El análisis se efectuará en dos RISS de Bogotá (una contributiva y una subsidiada) que proporcionen continuo asistencial (mínimo: atención básica y especializada) y que cuenten con su red propia o contratada. Se seleccionarán casos de usuarias con diagnóstico confirmado de CaMa en diferentes estadios clínicos que precisen atención de diversos niveles asistenciales; con y sin complicaciones asociadas, más de un año de diagnóstico de la patología y de afiliación a RISS, con facultades mentales controladas, con utilización (o intento) de al menos dos niveles de atención en los últimos seis meses. Se llevará a cabo un muestreo teórico. El número de entrevistas por usuarias y por médico se determinará de acuerdo con el grado de saturación teórica conseguido.

Para la recolección de los datos se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas y a profundidad a usuarias y médico tratante, identificado por la usuaria como responsable de su atención y seguimiento, y la revisión de registros clínicos en los diversos niveles asistenciales con el propósito de triangular la información. Para el análisis de los datos se llevará a cabo un análisis narrativo del contenido de la información, soportado en el uso del software de análisis cualitativo Atlas-ti.

El proyecto EQUITY L.A. ya cuenta con aprobación de los comités de ética de la Universidad del Rosario (Colombia) y la Universidad de Pernambuco (Brasil). Asimismo ya están suscritos los acuerdos de confidencialidad con las EPS e IPS participantes. Una vez se hayan seleccionado los informantes se firmará el consentimiento informado con usuarias y profesionales.

Como estrategias para garantizar la calidad de los datos, se asegurará que las principales características del grupo bajo estudio estén realmente representadas en el grupo de informantes, se realizará triangulación de los datos de las entrevistas y la revisión de registros, se identificará la concordancia interpretativa entre diferentes investigadores (investigadora principal, directora de tesis y otros investigadores del proyecto EQUITY L.A.). Además, se emplearán medios técnicos para el registro del audio de las entrevistas, de tal manera que la información pueda ser revisada y analizada, y se realizará retroalimentación de cada uno de los casos con los actores involucrados y las RISS de estudio.

Agradecimientos

La autora agradece al Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea y su proyecto EQUITY L.A. por permitir desarrollar la investigación en el marco de este proyecto.

Referencias

- 1 Aday L, Andersen R. Theoretical framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1993; 9: 208-222.
- 2 Gold, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Serv Res* 1998; 33 (3): 625-652.
- 3 Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare, Final Report. Canada: 2002; Canadian Health Services Research Foundation. p. 2-8.
- 4 GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information (Acceso 2 de noviembre de 2011). Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>
- 5 OMS. Cáncer de mama: prevención y control. (Acceso 6 de diciembre de 2011). Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>.
- 6 Sankaranarayanan R, Swaminathan R, Lucas E. Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America (SurvCan). IARC Scientific Publications volume 162, Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2011. (Acceso 5 de enero de 2012). Disponible en: <http://survcan.iarc.fr/survivalchap4.php>
- 7 González LM, Nigenda G, González MC, López L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud pública de México* 2010; 52 (6): 533-543.
- 8 Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 1995-1999. Bogotá: INC; 2005.
- 9 Instituto Nacional de Cancerología. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006. Bogotá: INC; 2010.
- 10 Hernández G, Herrán S, Cantor L. Análisis de las tendencias de mortalidad por cáncer de mama en Colombia y Bogotá, 1981-2000. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11 (1): 32-39.
- 11 Ministerio de la Protección Social, INC. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. Bogotá: INC; 2010.
- 12 Frenk J. Sensibilización, detección temprana y combate a los prejuicios claves en la lucha contra el cáncer de mama. *Salud pública de México* 2009; 51 (sup. 2): 135-137.
- 13 Knaul FM, López L, Lazcano E, Gómez H, Romieu I, Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud pública de México* 2009; 51 (sup. 2): 138-140.
- 14 Yepes FJ. Rev. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Gerenc. Polit. Salud (Bogotá)* 2010; 18 (sup. 9): 118-123.
- 15 Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev. Salud pública* 2010; 12 (5): 701-712.
- 16 Nigenda G, Caballero M, González LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud pública de México* 2009; 51 (sup. 2): 257-262.
- 17 González LM, Nigenda G, González MC, López L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en

- América Latina. Retos a futuro. *Salud pública de México* 2010; 52 (6): 533-543.
- 18 Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Rev Salud Pública* 2008; 10 (4): 571-82.
- 19 Piñeros M, Sánchez R, Cendales R, Perry F, Ocampo R, García OA. Características sociodemográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. *Rev colomb cancerol* 2008; 12 (4): 181-90.
- 20 Bigby J, Holmes M. Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Cau Control* 2005; 16: 35-44.
- 21 Menec VH, Sirski M, Attawar D. Does Continuity of Care Matter in a Universally Insured Population? *Health Services Research* 2005; 40(2): 389-400.
- 22 Cook R, Render M, Woods D. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal* 2000; 320: 791-794.
- 23 Schofield P, Carey M, Love A, Nehill C, Wein S. 'Would you like to talk about your future treatment options?' discussing the transition from curative cancer treatment to palliative care. *Palliative Medicine* 2006; 20 (4): 397-406.
- 24 Ballantyne PJ. Social context and outcomes for the ageing breast cancer patient: considerations for clinical practitioners. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13: 11-21.
- 25 Boman, Björvell, Langius, Cedermark. Two models of care as evaluated by a group of women operated on for breast cancer with regard to their perceived well-being. *European Journal of Cancer Care* 1999; 8 (2): 87-96.
- 26 Waibel S. La continuidad entre niveles asistenciales en dos organizaciones sanitarias integradas de Cataluña desde la perspectiva de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Tesis de maestría). Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2010 [Acceso 11 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.consorcio.org/publicacions/cataleg-de-publicacions/tesi-doctorals-i-tesines>
- 27 Nazareth I, Jones L, Irving A, Aslett H, Ramsay A, Richardson A, *et al.* Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer - a qualitative case study analysis. *European Journal of Cancer Care* 2008; 17 (6): 569-577.
- 28 Yin, R.K. *Case Study Research: design and methods*. USA: Applied Social Research Method; 2009. v5, 4ª ed. p. 7-14.
- 29 Chetty S. The Case Study Method for Research in Small and Medium-sized Firms. *International Small Business Business Journal* 1996; 15 (1): 73-85.