

**IMPLEMENTACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE DETECCIÓN TEMPRANA
DE CÁNCER DE MAMA EN EL MARCO DEL PLAN DECENAL PARA EL CONTROL
DEL CÁNCER 2012-2021. “UNA APROXIMACIÓN A LA TERRITORIALIZACIÓN DE
LA ACCIÓN PÚBLICA”**

OMAIRA ISABEL ROLDÁN SÁNCHEZ

Trabajo de tesis para optar por el título de Magíster en Gobierno y Políticas Públicas

Profesor Jorge Iván Cuervo R.

UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA

FACULTAD DE FINANZAS, GOBIERNO Y RELACIONES INTERNACIONALES

MAESTRÍA EN GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

BOGOTÁ 2019

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. Bases Conceptuales, Teóricas y Metodológicas para el Análisis de las Políticas Públicas en el Territorio (PDCC 2012- 2021 Línea Estratégica de Detección Temprana del Cáncer de mama).	10
1.1 El Enfoque Cognitivo	12
1.2 El referencial de las Políticas Públicas	13
1.3 La Implementación de las Políticas Públicas	15
1.4 Esquema para el análisis de las políticas públicas en el territorio.	19
1.5 Estado del arte de las investigaciones sobre implementación de instrumentos de acción pública de detección temprana del cáncer de mama, a nivel nacional y regional	22
1.6. Metodología	28
2. Descripción de la política para la detección temprana del cáncer de mama	33
2.1 Contexto Político y Normativo.	35
2.2 El Modelo para el control del cáncer.	40
2.3. Plan Decenal para el Control del Cáncer PDCC 2012-2021.	42
2.4. Avances en la Implementación de instrumentos de acción pública para el control del cáncer en Colombia.	46
3. Análisis de los factores y del grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama del PDCC 2012-2021, a partir del análisis de la territorialidad y la territorialización de la acción pública, desde el nivel nacional al territorial.	51
3.1 Instrumentos de acción pública IAP	57
3.2 Capacidad Administrativa	63
3.2.1 Servicios de detección temprana del cáncer de mama	70
3.3 Participación social	77
3.4 Coordinación Intrasectorial	82
4. Conclusiones	93
5. Lista de siglas	99
6. Lista de Tablas	100
7. BIBLIOGRAFIA	102

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer a todas las personas pertenecientes a las Instituciones de Salud del nivel Nacional como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Cancerología, quienes compartieron sus experiencias y experticia en este tema tan importante para la población colombiana. Así mismo, a los distintos servidores públicos de la Secretaría de Salud de Cundinamarca y de las Secretarías Municipales de Salud en Chía y Soacha, a los expertos investigadores, a los aseguradores y personas pertenecientes a las Fundaciones de la sociedad civil.

También deseo agradecer a mi familia, esposo e hijo por su apoyo incondicional y comprensión a lo largo de este esfuerzo académico.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud pública que va en aumento a nivel nacional, regional y mundial, y es considerado como la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres en la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, incluida Colombia. (Bray & Piñeros, 2016)

De acuerdo con el análisis de patrones y tendencias de mortalidad por cáncer en Colombia, para el periodo 1984-2008, el número de muertes anuales por cáncer en mujeres representó una mayor proporción (19.6% de todas las muertes o 15,848 muertes anuales), siendo la causa más común el cáncer de mama (12,3 %), seguido del cáncer cervical (12.1%), estómago (11.5%), cáncer de pulmón (9,2%) y colorrectal (7,6%). (Piñeros, Gamboa , Hernandez, Pardo, & Bray, 2013 , pág. 234)

Este comportamiento está asociado, en parte, a marcadores de un desarrollo social y económico en transición en la mayoría de los países. Desde una perspectiva epidemiológica amplia, Bray & Piñeros (2016) señalan que a medida que las sociedades se vuelven más prósperas e industrializadas, existe una prevalencia y distribución cambiante de los factores de riesgo reproductivos, dietéticos y hormonales, posiblemente impuesta o reforzada por cambios concomitantes en el entorno construido, que pueden afectar la incidencia de esta enfermedad.

Esta situación ha suscitado un reto para las políticas públicas, pues las instituciones buscan dar respuesta a estos procesos de transición y ajustarse a las dinámicas territoriales mediante la implementación de instrumentos de acción pública, los cuales son objeto de esta investigación.

Es así como, desde el punto de vista normativo, en el año 2010 se promulgó la Ley 1384 “Por la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, posteriormente

en el año 2013, el país adoptó el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia PDCC, 2012-2021. Esta reglamentación explícita, junto a un grupo de herramientas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, tales como: las guías de práctica clínica, la ruta de atención integral del cáncer de mama y manuales técnicos, dan recomendaciones precisas para la detección temprana de esta enfermedad. Particularmente la Guía menciona que “La disminución en las tasas de mortalidad en países desarrollados se explica por la introducción de los programas organizados de tamización y por importantes avances en el tratamiento” (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE-Fedesalud, 2013, pág. 48). También define las recomendaciones para la detección temprana, dentro de las cuales están: la realización de tamizaje con mamografía en mujeres entre los 50 y 69 años, el examen clínico de mama a partir de los 40 años y la enseñanza del auto examen de mama como estrategia de concientización y autoconocimiento, dentro de un programa de tamización organizada. Por lo cual, se infiere que Colombia cuenta con los instrumentos técnicos y normativos necesarios para aplicar de forma efectiva el control a esta enfermedad.

Sin embargo, los resultados en el seguimiento que realizan distintos actores en este campo de trabajo evidencian dificultades en la implementación de las estrategias de detección temprana, que se traducen en bajas coberturas de tamización con mamografía, diagnósticos en estadios tardíos y baja supervivencia de las mujeres que padecen esta enfermedad. Esto se ha observado en algunas investigaciones como es el caso del estudio realizado por Wiesner C (2007) en la ciudad de Bogotá, en donde se identificaron factores del individuo y factores del sistema de salud que contribuyen en la realización del diagnóstico de la enfermedad en estadios tardíos. En el primer caso la mayoría de mujeres no perciben los síntomas con adecuado nivel de riesgo (masa no dolorosa) y, en el

segundo caso, el riesgo de diagnóstico en estadio avanzado es 7,8 veces mayor en mujeres sin aseguramiento.

Esta problemática también se evidencia claramente en el periodo 2010-2016 con el incremento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama de 11,13 por cada 100.000 mujeres, hasta alcanzar 12,34 por cada 100.000 mujeres en 2016, equivalente a un aumento de 1,21 puntos porcentuales. (Ver Anexos, tabla 1, Estadísticas Vitales SISPRO,2018)

A nivel territorial, se identifican tres regiones de la zona andina del país con un riesgo más elevado y algunos focos en la región Caribe y la Orinoquía, coinciden con la ubicación de las capitales departamentales, específicamente, Santa Marta, Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Medellín, Bogotá y Cali (Instituto Nacional de Cancerología INC, 2017, pág. 77). Al comparar las cifras con las estadísticas vitales 2010-2016 (Ver Anexos, tabla 1) el caso del departamento de Cundinamarca es llamativo teniendo en cuenta que allí se encuentra ubicado el Distrito Capital y durante ese período la tasa de mortalidad aumentó del 9,13 a 12,56 por cada 100.000 mujeres, equivalente a 3,43 puntos porcentuales, estando por encima del aumento evidenciado en el nivel nacional; mientras que el Distrito Capital mantiene una tasa estable. Además, se encuentra en el quinto lugar dentro de los departamentos que tuvieron un mayor aumento de la tasa de mortalidad por cáncer de mamá (Caldas, Putumayo, Magdalena, San Andrés y Cundinamarca).

Por lo tanto, la presente investigación se concentra en analizar el proceso de implementación en este departamento y en dos de sus municipios con características similares, por ser de primera categoría y estar contiguos al Distrito Capital, (que cuenta con una oferta amplia de servicios de detección temprana para el control de esta enfermedad).

Aunado a lo anterior, es importante tener en cuenta que desde el campo de las políticas públicas se buscan nuevos aportes frente a los conceptos ya existentes en torno a los factores que inciden en el proceso de implementación, a fin de garantizar una adopción eficiente de la detección temprana a nivel territorial, y así contribuir en la disminución de la mortalidad por cáncer de mama en Colombia.

En este sentido, la presente investigación se concentrará en el estudio de la implementación del PDCC 2012-2021 desde el enfoque cognitivo y utilizará el esquema de análisis de políticas públicas en el territorio planteado por Jolly (2010), en donde se analiza la *territorialización*, entendida como el conjunto de acciones que se ejercen en el territorio, y la *territorialidad*, como el sistema de valores que las fundamentan para implementar una política pública que ha sido definida nacionalmente.

De esta manera, la pregunta de investigación es: ¿cuáles son los factores que determinan el grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama del PDCC 2012-2021, desde el nivel nacional al territorial?

Se plantea la hipótesis, según la cual, la insuficiente capacidad administrativa y la falta de coordinación intrasectorial son factores que limitan el grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama del PDCC.

Es así como, el objetivo de la investigación es realizar una aproximación a los factores que determinan el grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama del PDCC 2012-2021, a partir del análisis de la territorialidad y la territorialización de la acción pública, en el nivel nacional, departamental y municipal.

Dentro de los objetivos específicos se propone, en primer lugar, describir la política pública relacionada con la detección temprana del cáncer de mama en Colombia; en segundo lugar,

analizar los factores implicados en la territorialidad y territorialización de la Línea Estratégica (LE) de detección temprana del cáncer de mama desde el nivel nacional al territorial, a partir de los hallazgos encontrados; y, por último, realizar un análisis del grado de implementación de cada uno de los factores identificados, para así definir cuáles de estos limitan el estado de avance de una LE de detección temprana del cáncer de mama en Colombia.

La metodología utilizada corresponde a un estudio cualitativo descriptivo, utilizando un muestreo intencional o de conveniencia que permitió la recolección de datos mediante entrevistas semiestructuradas a informantes estratégicos y expertos involucrados en el proceso de implementación de la línea de detección temprana del cáncer de mama en el nivel nacional, el departamento de Cundinamarca y los municipios de primera categoría: Soacha y Chía, buscando identificar los factores que limitan dicha implementación desde lo sectorial a lo territorial.

Para desarrollar estos planteamientos, la presente investigación se dividirá en tres capítulos. En el primer capítulo, se presentan las bases conceptuales y metodológicas para el análisis de la LE de detección temprana del cáncer de mama, partiendo de la conceptualización de las políticas públicas y su implementación, describiendo el esquema de estudio de la territorialidad y la territorialización de la acción pública, planteado por Jolly (2010). También se presenta el estado del arte relacionado con las principales investigaciones existentes sobre el tema a nivel nacional y regional.

En el segundo capítulo se presenta la descripción de las políticas relacionadas para el control del cáncer, haciendo énfasis en la detección temprana del cáncer de mama, contemplando sus antecedentes políticos y normativos; y describiendo la LE de detección temprana definida en el PDCC 2012-2021 y su estado actual de implementación.

En el tercer capítulo se presentan los principales factores implicados en la territorialidad y la territorialización de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama desde el nivel nacional al territorial y se realiza una aproximación al grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama en Colombia, calificando los factores identificados en alto, medio y bajo, en la nación, departamento y municipio, a partir de los resultados del trabajo de campo.

Por último, se presenta un conjunto de conclusiones en pro del mejoramiento de la política, que sin duda alguna contribuirán al debate académico, conceptual y de política pública en Colombia.

CAPÍTULO I

1. Bases Conceptuales, Teóricas y Metodológicas para el Análisis de las Políticas Públicas en el Territorio (PDCC 2012- 2021 Línea Estratégica de Detección Temprana del Cáncer de mama).

Partiendo del planteamiento de Roth (2015), hay 4 elementos centrales que permiten identificar la existencia de una política pública: la implicación del gobierno o de una autoridad; percepción de problemas o expresiones de insatisfacciones; definiciones de objetivos, y proceso. (pág. 37).

Para, Muller y Surel, citados por Ordoñez (2013), una política pública apunta al cumplimiento de objetivos claros y precisos, lo que le da su naturaleza de procesos que se elaboran y se implementan mediante programas de acción pública; es decir, como dispositivos político-administrativos coordinados.

Por otra parte, Aguilar Villanueva, en Cuervo J.I. (2015, pág. 52), plantea que lo específico de las políticas públicas consiste en que son un conjunto de acciones intencionales y causales, orientadas a la realización de un objetivo de interés/beneficio público, cuyos lineamientos de acción, agentes, instrumentos, procedimientos y recursos, se reproducen en el tiempo de manera constante y coherente.

Así, es posible afirmar de acuerdo con el planteamiento de Roth (2015), que una política pública existe siempre y cuando las instituciones estatales, gubernamentales o públicas (u oficiales) asuman total o parcialmente la tarea de alcanzar objetivos estimados como deseables o necesarios, por medio de un proceso destinado a cambiar un estado de las cosas percibido como problemático o insatisfactorio.

Por su parte, Lascoumes y Le Gales (Boussaguet, Jacquot, & Ravinet, 2016) sostienen que:

La acción pública es un espacio sociopolítico construido tanto por técnicas e instrumentos como por soportes, finalidades o contenidos. Un instrumento de acción pública constituye un dispositivo a la vez técnico y social, que organiza unas relaciones sociales específicas entre los poderes públicos y sus destinatarios, en función de las representaciones y significaciones de las cuales es portador (...) Es excepcional que una política, y aún un programa de acción que haga parte de una política, sea monoinstrumental: se constata casi siempre una pluralidad de instrumentos movilizados, lo que plantea la cuestión de su coordinación (págs. 342-343)

Además, afirman que la instrumentación sí es una cuestión política, pues la elección del instrumento, que estructura el proceso de sus resultados, puede ser objeto de conflictos políticos. (pág. 350)

A partir de estas definiciones, se puede considerar que el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 es un instrumento de acción pública, que, a su vez, contiene unas líneas estratégicas con objetivos, metas e indicadores claramente definidos, y permite a los diferentes actores del nivel nacional y territorial implementar las acciones contempladas en una Línea Estratégica de detección temprana -específicamente del cáncer de mama- la cual es objeto de análisis en esta investigación.

De otra parte, dentro de los enfoques de análisis de políticas públicas, se destaca el marco conceptual planteado por Lasswell y luego desarrollado por Jones, llamado modelo secuencial o ciclo de política; en opinión de Roth (2010), este marco permite lanzar el análisis de las políticas

públicas como un campo académico específico. Dicho modelo divide el proceso de las políticas públicas en cinco etapas o fases a saber: identificación y definición del problema, formulación de soluciones o acciones, toma de decisión, implementación y evaluación. Más adelante, se definen los principales referentes teóricos utilizados en esta investigación para el análisis de la fase de implementación.

También se encuentran diferentes enfoques organizados según su perspectiva analítica central, como es el caso del neoinstitucionalista, interpretivista y cognitivo. Este último se describirá a continuación por ser de interés para esta investigación, al estar relacionado con el enfoque de análisis de las políticas públicas planteado por Jolly, el cual se describe en este capítulo.

1.1 El Enfoque Cognitivo

Se caracteriza por introducir la dimensión cognitiva en la comprensión de la acción pública, así como la observación detallada del rol de los actores en dicho proceso. En ese sentido, Muller, citado por Jolly (2010, pág. 233), propone el análisis cognitivo de las políticas públicas que se fundamenta en el estudio de la acción pública, como un proceso de marcos de interpretación del mundo, a partir de los cuales, los actores van a desarrollar sus estrategias para definir el contenido de las políticas públicas en función de sus intereses; pero también para construir su relación con el mundo y las representaciones para entender y actuar sobre lo real.

En concordancia con lo anterior, los objetivos de una política son definidos en un momento dado, a partir de una representación del problema, de sus consecuencias y de las posibles soluciones para resolverlo. Dado esto, la definición de Muller (2006) sobre una política pública descansa en una representación, una imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir y que constituye el referencial de esta política (Roth Deubel A.-N. , 2010, pág. 46). La dimensión

cognitiva es visible en políticas como la detección temprana del cáncer de mama, en virtud de las diferentes interpretaciones que hacen los actores, los roles que asumen y como construyen sus relaciones, dependiendo si están en un contexto nacional, departamental o municipal, incidiendo de esta manera en la implementación de la política.

1.2 El referencial de las Políticas Públicas

Según Roth (2008), para el análisis del referencial de las políticas públicas Muller analiza la configuración de actores, haciendo énfasis en tres elementos:

- 1) El problema de la racionalidad de los actores
- 2) El papel de la administración pública
- 3) Las redes de actores

En el primero, se hace referencia a la incertidumbre y la complejidad de los procesos de decisión. En el segundo, Muller se enfoca en el medio decisonal central, el cual está configurado por cuatro círculos de decisión: un primer círculo donde transitan todas las decisiones, un segundo círculo compuesto por las administraciones sectoriales (ministerio), un tercer círculo compuesto por socios externos al Estado como una ONG, y un cuarto círculo que integra los órganos políticos (congreso o rama judicial). Es en el ‘marco de las ‘negociaciones interministeriales’ que los diferentes puntos de vista se expresan y pesan sobre la decisión. El tercer elemento se centra en mostrar como las redes de actores se constituyen en “redes de políticas públicas” que se expresan en foros o comunidades de política.

De otra parte, para Muller las políticas públicas no son solamente un proceso de decisión, sino el “lugar donde una sociedad dada construye su relación al mundo”. Por lo tanto, una política pública también es la construcción de una “imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir”

(Roth Deubel A. N., 2015). Este conjunto de percepciones e imágenes es lo que se define como el “Referencial de la política pública”. Este articula cuatro niveles de percepción del mundo, (i) los valores, que son las representaciones más fundamentales sobre lo que es bien y lo que es mal, (ii) las normas, que definen las diferencias entre lo real percibido y lo real deseado, (iii) los algoritmos, entendidos como relaciones causales que expresan una teoría de la acción y (iv) las imágenes: que son unos atajos cognitivos que le dan significación inmediata a lo que se hace.

En ese sentido, siguiendo lo propuesto por Muller (Roth Deubel A. N., 2008), el referencial se descompone en tres elementos: el referencial global, el referencial sectorial y operadores de transacción llamados la relación global-sectorial. El referencial global es “una representación general alrededor de la cual van a ordenarse y jerarquizarse las diferentes representaciones sectoriales” (pág. 86), El referencial sectorial “es una representación del sector, de la disciplina o de la profesión” y los operadores de transacción corresponden a los algoritmos.

Muller, citado por Jolly (2010), señala que la territorialidad de una política pública se refiere, a “una situación en la cual la lógica dominante de una política pública es una lógica territorial u horizontal (regulación de un territorio geográfico en una dialéctica centro-periferia)” (pág. 53), entre tanto, “la sectorialidad se refiere a una situación en la cual la lógica dominante de una política pública es una lógica sectorial o vertical (regulación de la reproducción de un sector determinado verticalmente, en una dialéctica global-sectorial)” (pág. 53). Por lo que cada manera de gobernar un territorio, es decir, “el gobierno del territorio para la sectorialidad y la gobernanza de los territorios para la territorialidad” (pág. 53) corresponde a cada lógica de regulación de las políticas públicas. Lo anterior conlleva a definir, según Muller y Surel citados por Jolly (2007, pág. 423), que la gobernancia:

(...) corresponde a un modo de actuar en el cual la puesta en coherencia de la acción pública (...) ya no pasa por la acción de una elite político-administrativa relativamente homogénea y centralizada (...) sino por la puesta en marcha de coordinación multi-niveles y multi-actores cuyo resultado, siempre incierto, depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio de sentido común, movilizar competencias con orígenes diferentes e implementar formas de responsabilización y legitimación de las decisiones.

La anterior reflexión conduce a Jolly (2010) pensar que la gobernabilidad en Colombia sólo es posible mediante unas políticas públicas híbridas, “hijas del “matrimonio indisoluble de la sectorialidad y de la territorialidad”, de la “secterritorialidad” (pág. 53), es decir, de la mezcla variable de centralización o sectorialidad, y descentralización, lo que implica pensar en territorialidad. La anterior mezcla conlleva al término ‘governancia’, como una “dosificación compleja entre gobierno y gobernancia”. Por lo tanto, se puede lograr clasificar las políticas públicas por sus lógicas de regulación mediante la territorialidad y la sectorialidad, midiendo el grado de cada término; lo que a su vez implica en medir un grado de centralización y descentralización en estas.

1.3 La Implementación de las Políticas Públicas

La puesta en marcha o implementación de una política pública constituye el proceso de aplicación de las decisiones. Para Hill y Hupe (Boussaguet, Jacquot, & Ravinet, 2016), hablar de puesta en marcha permite caracterizar un momento de la acción pública, en el cual, la decisión se confronta con la realidad a través de la aplicación de las directivas gubernamentales.

Meny y Thoening (1992) mencionan que la implementación es la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o discursos. (Ordoñez, 2013, pág. 159)

Dentro de los enfoques más reconocidos en la implementación están: el “Top Down” o de arriba hacia abajo, esta forma de implementación es la concepción clásica, en la que la administración pública se concibe como el actor ideal para ejecutar las decisiones (Ordoñez, 2013). Este enfoque presupone que existe una clara separación conceptual y temporal entre, por una parte, la formulación y la decisión de la política pública, y por otra, su implementación. Thoening (1985), citado por Roth (2015), considera que los problemas que surgen en la fase de ejecución se deben esencialmente a problemas de coordinación y control.

De otra parte, el enfoque Bottom- up concibe la implementación de abajo hacia arriba, trata de partir de los comportamientos concretos donde existe el problema público para construir, poco a poco, la política pública -con reglas, procedimientos y estructuras organizativas- mediante un proceso ascendente, o por retroceso, en vez de descendente.

En el caso del PDCCC 2012- 2021, se considera que tiene un enfoque de implementación de arriba hacia abajo, puesto que su formulación e implementación han estado desligadas, dependientes del control a través de indicadores de proceso y algunos de resultado.

Pardo, Dussauge, & Cejudo (2018) en su revisión sobre producción académica en Estados Unidos y Europa, destacan que:

(..) la importancia de estudiar la implementación descansa en buena medida en que en ella intervienen múltiples factores cruciales para el éxito de las políticas públicas.

Desde el mirador de “las políticas” es de suma importancia considerar, entre otras

cosas, la gravedad del problema, la decisión política y el diseño de la política (...) y saber con precisión ¿quiénes son los implementadores? (p.10)

Para esto es necesario considerar las estructuras, las capacidades, los recursos, los intereses y los beneficiarios, todas estas variables no pueden estar necesariamente controladas, pero inciden en el desarrollo de la política pública.

De otra parte, también es importante mencionar autores como Sabatier y Mazmanian, citados por Roth (2015), que intentan definir las condiciones necesarias para una gestión pública que facilite una implementación efectiva (eficaz y eficiente) de las políticas. Para ello, definen cinco condiciones descritas de manera general: a) Una teoría sólida, b) La Ley (o decisión política) bien concebida, c) Responsables capacitados y comprometidos d) Apoyo político y social, y, e) Entorno favorable.

En ese sentido, Pardo, Dussauge & Cejudo (2018) consideran que las políticas públicas son necesariamente complejas y, sin embargo, aún son pocos los estudios que analizan con detenimiento sus aspectos multiorganizacionales y de multinivel.

Los mismos autores se refieren al análisis de modelos como la gobernanza, donde la implementación se da al incorporar actores sociales, como sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, y organizaciones religiosas, entre otras. Se utilizan técnicas como la planeación participativa que interceptan el proceso de implementación y la gobernanza multinivel.

Para el caso de Hill & Hupe (2006), estos plantean que muchos autores han demostrado que el modelo de etapas del proceso de políticas es defectuoso. Ante esto, han surgido nuevas propuestas como un “marco de gobernanza múltiple” que parte del concepto de los “tres mundos de acción” planteado por Kisser y Ostrom (1982), que consiste en tres grandes niveles de acción llamados

gobernanza constitutiva, directiva y operativa. De esta manera, la gobernanza constitutiva establece dimensiones estructurales, abarcando tanto las decisiones fundamentales sobre el contenido de la política, como los arreglos organizacionales para su entrega; la gobernanza directiva representa la formulación y toma de decisiones sobre los resultados colectivamente deseados y determina los contenidos detallados, mientras que la gobernanza operativa está relacionada con la gestión real del proceso de la política pública.

La determinación del marco dentro del cual puede ocurrir la acción reduce esto a un rango limitado de categorías. Este rango más estrecho permite seleccionar un pequeño número de variables relevantes (Hill & Hupe, 2006), delimitando mejor las preguntas de investigación sobre la implementación de políticas. De otra parte, este modelo también reconoce que influir en el proceso de políticas puede implicar ajustes a un complejo sistema de niveles y que esta situación puede ayudar a los actores a identificar alternativas para la acción.

Aquellos con una fuerte perspectiva de arriba hacia abajo pueden ser asistidos al reconocer que tienen opciones entre una reestructuración fundamental, el ajuste de acuerdos sustantivos específicos o la reducción de la discreción al nivel de la calle. Por el contrario, desde una perspectiva de abajo hacia arriba habrá preguntas sobre si lo que es crucial es idear nuevas formas de tomar decisiones a nivel de calle o si hay modificaciones institucionales y/o estructurales que deberían hacerse antes de que esto sea factible. (Hill & Hupe, 2006)

Así, tanto el Planteamiento de Muller y Surel sobre la gobernanza como el análisis de la Gobernanza multinivel planteada por Hill y Hupe, nos llevan a un nuevo enfoque de análisis de múltiples niveles de acción, en donde es fundamental la interacción eficiente de los actores para obtener mejores resultados en la implementación de las políticas públicas.

De otra parte, ahora se hará énfasis en el esquema de análisis de las políticas públicas, planteado por Jolly que estudia la territorialización de la acción pública y su interacción con el territorio y la territorialidad, como objeto central de la presente investigación.

1.4 Esquema para el análisis de las políticas públicas en el territorio.

A partir de las reflexiones de Monnet sobre el sistema socio territorial y el análisis de la inter-determinación entre territorio, territorialidad y territorialización, Jolly (2014) realizó el esbozo de una nueva propuesta de esquema para el análisis de las políticas públicas en el territorio y de la territorialización de la acción pública, el cual se presenta a continuación:

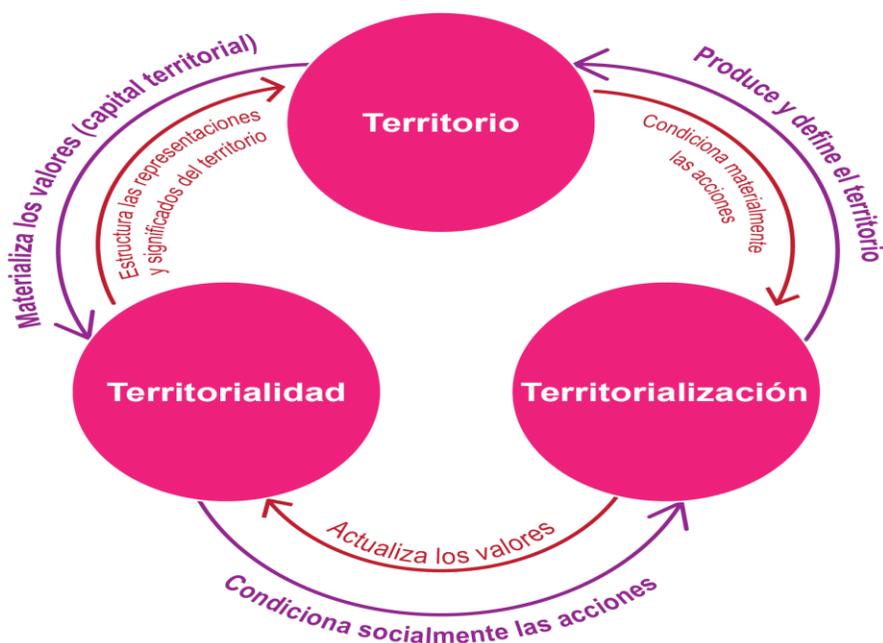


Figura 1: adaptado de “La indeterminación entre territorio, territorialidad y territorialización según Monnet”. Roa, citado por Jolly (2014, pág. 287).

En la figura 1 se ve que existen unos bucles que permiten ver la relación entre el territorio, la territorialización y la territorialidad de la acción pública. Tomando en cuenta la primera bucle

(ver flechas vino tinto) Jolly (2014) sostiene que las políticas públicas pueden ser entendidas como una territorialización “es decir, como el conjunto de acciones que se ejercen sobre un espacio material (territorio) y actualizan el sistema de valores que las fundamentan (territorialidad)” (pág. 286). Sistema que a su vez incide sobre las representaciones, símbolos y significados y que “condiciona materialmente las acciones que se pueden ejercer sobre él, es decir, la territorialización.” (pág. 286)

Continúa el autor abordando el segundo bucle (ver las flechas moradas) donde no solo las políticas públicas territoriales actualizan un sistema de valores, sino que “producen y definen el territorio, el cual, a su vez, materializa los valores (capital territorial) base de la territorialidad que van a condicionar socialmente las acciones que se puede ejercer sobre éste.” (pág. 286).

Tener esta percepción de las políticas públicas como condicionantes y productoras de un sistema de valores, lo que puede afectar la cultura, los símbolos, hábitos, ritos y mitos que estructuran las acciones de una población en un territorio, genera una mirada en perspectiva de tiempo donde se puede generar la reconstrucción de “los condicionamientos que un territorio dado ha fijado para la formulación y la implementación de políticas territoriales o para la territorialización de políticas públicas nacionales” (pág. 286). Siguiendo el texto “(...) se deduce la posibilidad de analizar rupturas, desfases, conflictos” entre las dinámicas de los dos bucles, incluso, tomando en cuenta que cada bucle puede tener un período de tiempo distinto a otro, lo que a su vez permite organizar mejor dicho análisis.

Esta perspectiva Jolly la reconoce dentro de la concepción de ‘referencia territorial’ de Muller, como “(...) referencia a esta imagen cognitiva que los actores van a organizar su percepción del problema, confrontar sus soluciones y definir sus propuestas de acción: este conjunto de imágenes es “el referencial de la política pública” (pág. 287). Si lo anterior devela una territorialización ‘a

la Muller’, “entonces es posible plantear que la territorialización “à la Monnet” supone que los actores que la ejercen actúen según una lógica territorial.” (pág. 288)

Por supuesto, no se deben soslayar las sinergias y conflictos que la territorialización puede generar por la acción de los mismos actores en su lógica de implementación, frente a las políticas públicas “definidas desde arriba” (pág. 288), con sus lógicas de regulación; y formas híbridas de regulación y gobierno. Tampoco se pueden dejar de lado los conflictos que se generan en lo que define Muller como referencial territorial sectorial o Monnet como territorialidad sectorial. Es decir, la lógica en la acción de los actores en cuanto un sector específico de las políticas públicas y el “referencial sectorial territorial”, o la “sectorialidad territorial”, que es el hecho de actores que actúan según una lógica sectorial pero que deben “territorializar” su acción.” (pág. 288)

A partir de este marco teórico y conceptual, esta tesis plantea cómo se da la secterritorialidad entre los diferentes instrumentos de acción pública relacionados con la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. (ver figura 4, pág. 58), allí se muestra un esquema de relacionamiento del Plan Decenal para el Control del Cáncer y el Plan Decenal de Salud Pública en el nivel nacional (referencial global, sectorial) con los planes territoriales departamentales y municipales que incluyen metas específicas en detección temprana. Esto permite analizar los factores relacionados con la sectorialidad y la territorialidad, cómo se fusionan en la secterritorialidad y su influencia en la territorialización de la acción pública.

También se identificaron unas categorías y variables de estudio relacionadas con las estructuras, las capacidades, los recursos, los intereses y los beneficiarios, las cuales se profundizan en el estado del arte que se presenta a continuación.

1.5 Estado del arte de las investigaciones sobre implementación de instrumentos de acción pública de detección temprana del cáncer de mama, a nivel nacional y regional

Dentro del período 2000-2010, la investigación del cáncer en Colombia se ha venido fortaleciendo, especialmente desde el año 2007. Los cánceres con mayor número de artículos publicados fueron: cuello del útero, estómago y mama (Carreño, Rojas, Arias, Serrano, & Piñeros, 2015, pág. 44); sin embargo, la investigación en cáncer de mama está más relacionada con aspectos clínicos y epidemiológicos y son pocos los estudios sobre análisis de políticas públicas y su implementación.

Los principales ejes temáticos sobre los cuales se centran las investigaciones relacionadas con implementación de políticas de cáncer de mama son:

1.5.1 Acción Gubernamental. En este eje temático los diferentes autores analizan los principales elementos políticos y normativos que influyen en el proceso de formulación e implementación de las estrategias o programas de detección temprana del cáncer, así:

Tabla 1

Estado del arte en Acción Gubernamental

Autores	Postura
Díaz et al (2005)	Hay ausencia de una política pública integral para su control con las dificultades de un programa de tamizaje de cáncer de mama en Colombia
(Anderson et al, 2007):	Se establecen funciones gubernamentales como: Promulgar la legislación sobre programas de investigación y la lucha contra el cáncer; Establecer las prioridades presupuestarias; Capacitar y remunerar al personal dedicado a la investigación y a la atención de salud; Brindar y pagar la investigación, la prestación de servicios de salud, el equipo y los suministros; Instituir y gestionar los programas de supervisión y permitir la evaluación de los programas y sus resultados; Velar por la persistencia de las iniciativas que se pongan en marcha.

Autores	Postura
González-Robledo L. M., González-Robledo, Nigenda, & López-Carrillo (2010)	Enfoque en la “regulación, el diseño e implementación de programas de detección temprana y la provisión de atención a través de la red de prestadores de servicios públicos y privados” (pág. 535).
González Robledo, González Robledo y Ningenda (2013)	División entre las dinámicas de la parte pública y la parte privada. En el caso colombiano, encontraron una importante influencia de las organizaciones de la sociedad civil como agente originador de políticas, siendo este un aspecto positivo en la implementación de los programas de detección temprana. Importancia de revisar los mecanismos de transferencia de los recursos financieros desde el nivel central, como elemento clave para garantizar, de manera equitativa, la implementación de la política en el nivel territorial
Velásquez-De Charry, Carrasquilla y Roca-Garavito (2009)	Un factor determinante en la detección temprana del cáncer de seno es la equidad. Aunque el Estado ha tenido avances significativos en el aseguramiento, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 continúan presentándose problemas de equidad y barreras para la atención oportuna de esta enfermedad
Sánchez et al (2014)	Relaciona los determinantes sociales de salud (educación, barreras geográficas, etc.) con las barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, influyendo en la implementación de las políticas de detección temprana de cáncer de mama.

Nota: elaboración propia, 2018

Estos autores coinciden en que las acciones gubernamentales deben ir más allá de la expedición de normas, garantizando los servicios de detección temprana y buscando una acción intersectorial que permita asegurar el acceso y la oportunidad para el control del cáncer a las mujeres en todo el territorio nacional. Esto representa una oportunidad para investigar que están haciendo los gobiernos actualmente y cuáles pueden ser las diferentes estrategias de implementación que deben plantearse para asegurar el control de esta enfermedad.

1.5.2 Capacidad Administrativa. Se tiene en cuenta las capacidades para implementar las estrategias de detección temprana del cáncer que han desarrollado los principales actores del

sistema de salud a nivel territorial. Existen pocos estudios para analizar la capacidad administrativa a nivel territorial y los investigadores coinciden al analizar los procesos de planificación, ejecución y evaluación de los programas y servicios de control de esta enfermedad.

Tabla 2

Estado del arte en Capacidad Administrativa

Autores	Postura
Díaz et al (2005)	Para el año 2000, la implementación a nivel territorial se concentró en cumplir las normas obligatorias para la detección temprana de esta enfermedad, metas, temas de presupuestos y de flujo de recursos
Wiesner-Ceballos et al (2009).	Hay dificultades con los sistemas de información y seguimiento de las estrategias de detección temprana: “la concentración de responsabilidades (por recortes en la nómina), la alta rotación de personal y la baja continuidad en la gestión y el desarrollo de los planes han debilitado la capacidad técnica”. (pág. 4)
Velasco et al (2014),	Aunque en la mayoría de los casos las mujeres son atendidas en su departamento de residencia, se desconocen tiempos de desplazamiento, lo cual puede ser una limitante para lograr coberturas de tamizaje con mamografía. Hay un importante esfuerzo de contar en la mayoría de territorios con servicios de mamografía, pero, hay que evaluar la calidad y las coberturas efectivas de tamizaje.

Nota: elaboración propia, 2018

1.5.3 Contexto de la implementación. Hace referencia a circunstancias externas, que hacen parte del entorno de la política e influyen en el proceso de implementación.

Tabla 3

Estado del arte en contexto de la implementación

Autores	Postura
Wiesner-Ceballos et al (2009).	Para el caso del cáncer de cuello uterino, hay tres elementos del contexto que hacen difícil la articulación de las diferentes actividades para el control del cáncer cervicouterino en Colombia: la orientación financiera, la planificación normativa y las dificultades de la descentralización.” (pág. 6)

Autores	Postura
Wiesner-Ceballos et al (2009).	<p>La orientación financiera privilegia la contención de costos frente al cumplimiento de los objetivos para el control del cáncer. Por su parte, las normas expedidas están enfocadas al cumplimiento de actividades de manera obligatoria, pero no buscan resultados de salud que impacten en la disminución de la mortalidad.</p> <p>En el caso de la descentralización se presenta una alta rotación del recurso humano en los cambios de administración, lo que genera baja capacidad técnica. También se evidencia una falta de autonomía territorial, limitándose a cumplir las normas establecidas desde el nivel central.</p>

Nota: elaboración propia, 2018

Estos elementos del contexto impiden que los territorios puedan cumplir con los objetivos trazados para control del cáncer de cuello uterino. En el caso del cáncer de mama no se encontraron estudios relacionados del contexto de la implementación en Colombia, lo que representa una oportunidad para investigar sobre estos temas.

1.5.4 Articulación de los actores. A pesar de que en el país se presenta una mayor participación de actores no gubernamentales en la formulación de políticas de detección temprana de cáncer de mama; el mismo escenario no se presenta durante el proceso de implementación de estas. Existen graves problemas de fragmentación de las competencias de los actores que impiden la articulación frente a la implementación de los programas de salud pública en el nivel territorial.

Tabla 4

Estado del arte en Articulación de los actores

Autores	Postura
Uribe Gómez (2009)	Es importante caracterizar los conflictos que se presentan entre los actores y la acción del gobierno para garantizar la implementación de las estrategias para el control del cáncer.

Autores	Postura
Wiesner-Ceballos et al (2009).	Inadecuada articulación de actores y una carencia de dirección desde el Estado. Las responsabilidades se diluyen entre los múltiples actores del aseguramiento y la falta de direccionamiento desde el nivel central: “la capacitación y el desarrollo de competencias técnicas como responsabilidad aislada de diferentes actores, también dificultan mantener los recursos humanos idóneos”. (pág. 6)

Nota: elaboración propia, 2018

1.5.5 Recomendaciones de política. En diferentes investigaciones se han planteado recomendaciones que permitan identificar los aspectos claves que se deben abordar en el análisis del proceso de implementación de las estrategias y políticas de control del cáncer de mama.

Tabla 5

Estado del arte en Recomendaciones de política

Autores	Postura
Anderson et al, 2007	Realización de un marco estratificado que esboza las intervenciones recomendadas para atención de salud mamaria dentro de cuatro niveles graduales de recursos: básico, limitado, amplio y máximo (Ver Anexos, tabla 2). Este marco es adaptable como una herramienta para planificar, programar y diseñar investigaciones, buscando aprovechar de manera óptima los recursos disponibles para mejorar la atención de salud mamaria en entornos de recursos limitados
Nigenda, González-Robledo, González-Robledo, & Bejarano (2011)	En el análisis del caso colombiano, se resalta la importancia de fortalecer la participación de los actores de interés involucrados en la ejecución de la política, tanto gubernamental como no gubernamental. Además, se debe garantizar la equidad en la asignación de recursos y su aplicación efectiva tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.
Díaz et al (2005)	La acción intersectorial como objetivo “(...) para que estos programas tengan impacto real sobre la mortalidad se requiere no sólo de un método y de un programa, sino también de condiciones y acciones desde otros sectores y espacios” (pág. 103).

Autores	Postura
Wiesner-Ceballos et al (2009).	Para lograr la implementación de políticas de cáncer se requiere “una planificación prospectiva centrada en los objetivos de la salud pública más que en la contención de los costos y las metas programáticas asociadas con el cumplimiento de las normas” (pág. 7)
Nigenda et al (2011).	La sociedad civil organizada debe vigilar la aplicación de la normatividad expedida y apoyar la implementación privilegiando los siguientes temas: transferencia de información fidedigna a la población para promover la auto exploración y la importancia de la mamografía como principal medio diagnóstico, participar en labores de entrenamiento al personal de salud, prestar servicios de diagnóstico y tratamiento para aquellas poblaciones que no reciben servicios del estado y apoyo en la movilización de mujeres que viven en comunidades de difícil acceso. “(...) Es urgente crear un sistema nacional de información para el cáncer a fin de monitorear el avance de la atención tanto en términos de costo, detección temprana, referencia y contra referencia” (pág. 72)

Nota: elaboración propia, 2018

En resumen, tanto en el marco teórico y conceptual sobre implementación de políticas, como en el estado del arte de la implementación de instrumentos de detección temprana del cáncer de mamá, se identificaron las siguientes categorías y factores: la Acción Gubernamental, entendida como la definición de instrumentos de acción pública y de normas o directrices; a su vez, aspecto destacado en el enfoque de arriba hacia abajo. La Capacidad Administrativa, como uno de los elementos analizados por autores como Hill y Hupe, en tres niveles de acción: gobernanza, directiva y operativa. Los elementos del contexto (normativos, políticos, económicos, sanitarios), destacados por Wiesner y relacionados con las dificultades en el proceso de descentralización. La articulación de actores sociales mencionada por Hill y Hupe, Sabatier y Mazzmanian, así como por Ningenda et al, evidenciando la falta de involucramiento de diferentes actores sociales en la implementación, así como un escaso relacionamiento entre estos y los demás actores del sistema.

En general, en la literatura revisada se ha profundizado en identificar aspectos administrativos y normativos, pero pocos estudian el sistema de valores sociales presentes en el territorio y como estos condicionan la territorialización de las políticas en los diferentes niveles del territorio.

1.6. METODOLOGÍA

La presente investigación corresponde a un estudio cualitativo descriptivo el cual permite analizar los factores que limitan la territorialidad y la territorialización de los instrumentos de acción pública de la detección temprana del cáncer de mama que hacen parte del PDCC 2012-2021. Para una mejor comprensión del paso a paso metodológico, se sugiere consultar el flujograma en los anexos. (Ver Anexos, tabla 3)

Este estudio no exige la delimitación de una muestra representativa constituida por elementos aleatorios. En contraste, siguiendo a Otzen & Manterola (2017), se desarrolló un muestreo intencional o de conveniencia que permitió la recolección de datos a través de veintiún (21) entrevistas semiestructuradas (Ver Anexos, tabla 4) a informantes estratégicos y expertos involucrados en la implementación de la línea de detección temprana del cáncer de mama: tomadores de decisión, investigadores, personal administrativo y operativo; y representantes de organizaciones de la sociedad civil y entidades a cargo de la vigilancia y control de las instituciones del nivel nacional, de Cundinamarca y los municipios de Soacha y Chía. (ver Anexos, tabla 5)

Como se explicó en la introducción, el departamento de Cundinamarca se ubicó dentro de los cinco primeros con una tendencia mayor al aumento de la mortalidad en el periodo 2010-2016, y se delimitaron los municipios de Soacha y Chía, por ser los únicos de primera categoría en el departamento, (por lo que cuentan con una asignación presupuestal similar) y están contiguos al Distrito Capital, cuyas tasas de mortalidad por cáncer de mama son estables y cuenta con mayor

capacidad administrativa y de oferta de servicios de detección temprana, teniendo mejores resultados en salud, esto puede influir en el proceso de implementación de los municipios cercanos.

Para el proceso de identificación de actores se tuvo en cuenta el rol que asumían en la entidad que representaban, si su participación fue directa o indirecta, el interés concebido como el objetivo real que persigue el actor con sus demandas y accionar, y el poder entendido como la capacidad del actor de limitar o facilitar las acciones de implementación. Para el caso del interés y el poder vinculables a cada actor, se dio una puntuación de Alto o Bajo (Ver Anexos, tabla 6) teniendo en cuenta las definiciones adaptadas de Estevez. (s.f.)

De esta manera, se identificaron los actores con mayor poder e interés, quienes corresponden en su mayoría a tomadores de decisión del nivel nacional, departamental y municipal; además de líderes de organizaciones que movilizan los temas relacionados con el control del cáncer. También se identificaron instituciones con un alto interés y bajo poder, esto se refleja porque sus acciones se realizan de forma esporádica y sin continuidad, aunque no se pudo identificar su influencia directa en los tomadores de decisión. La figura 2 lo ilustra de la siguiente manera:



Figura 2. Diagrama de actores según interés y poder. Elaboración propia, 2018

También es importante mencionar para este estudio que, la investigación cualitativa es un enfoque interpretativo que brinda grandes aportes en cuanto a la profundidad y claridad que se obtiene frente al análisis de políticas públicas, pues permite dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que los actores les otorgan. Para lograr este propósito, se buscó reconocer en las entrevistas semiestructuradas los momentos habituales y problemáticos, aspectos históricos, así como los significados de estos en la vida de los individuos. (Denzin, 1994)

Las entrevistas semiestructuradas son aquellas entrevistas en las que los actores deben responder preguntas preestablecidas abiertas. Junto a las entrevistas en profundidad, se utilizan ampliamente como formato de entrevista con un individuo o, a veces, con un grupo (Corbin & Strauss, 2008). Estas se basan en una guía que es una presentación esquemática de preguntas o temas y que debe ser explorada por el entrevistador. (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006)

La información recopilada fue integrada en un proyecto dentro del software para análisis de información cualitativa NVivo 11, entendiendo proyecto como una unidad integrada que almacena la información para el análisis, así como todas las transformaciones y avances aportados por el investigador durante la categorización de la información obtenida con las entrevistas.

Cabe aclarar que el uso de software, dadas las características particulares de este tipo de análisis cualitativo, no pretendió sustituir la habilidad interpretativa del investigador, sino apoyar y optimizar procesos concretos como: la integración de todas las entrevistas en un solo cuerpo analítico; utilizar herramientas avanzadas para la búsqueda y tratamiento del material textual; generar ejercicios gráficos (nubes de palabras); facilitar la tarea de categorización para tener un acceso sencillo y organizado, tanto a las categorías de análisis como al material categorizado; descubrir e indagar por nuevas relaciones y conexiones entre los datos y facilitar la escritura favoreciendo la realización de comparaciones. (Chernobilsky, 2006)

Para el proceso de codificación con Nvivo y de forma manual, se estableció un conjunto de variables gruesas de las cuales se desprenden categorías relacionadas con los factores del proceso de territorialidad y territorialización de la política. El resultado de las variables, categorías (y subcategorías) usadas para la codificación y análisis se describe en el capítulo 3. Con los datos recopilados a partir de las entrevistas y otras fuentes secundarias, se buscó generar hallazgos que evidenciaran un análisis profundo, sintético y detallado de las formas como la línea estratégica de cáncer de mama era apropiada por los actores en distintos niveles territoriales. Para esta investigación fue importante realizar un proceso de triangulación de la información encontrada. Al respecto, Silverman (2000) señala que la triangulación en la recopilación de datos implica el uso de dos o más métodos (en este caso entrevistas y revisión documental), y puede ayudar a explicar la riqueza y complejidad de los datos.

Para el desarrollo metodológico se tuvo en cuenta que muchas estrategias analíticas cualitativas se basan en un enfoque general llamado "análisis comparativo constante", que desde la teoría sociológica del interaccionismo simbólico implica tomar un dato (una entrevista, un enunciado, un tema) y compararlo con todos los que pueden ser similares o diferentes para desarrollar conceptualizaciones de las posibles relaciones entre varios datos. (Thorne, 2000)

La información organizada referente a la implementación de la política de detección temprana fue distribuida para realizar el proceso de codificación. Se realizó una lectura e interpretación crítica de la información para asociarla con categorías que buscaron agrupar la información disponible para facilitar el análisis de esta, permitiendo comparar, contrastar, y relacionar los datos como ejercicio previo a la interpretación y delimitación de los hallazgos obtenidos.

Para este análisis cualitativo se realizaron varias fases de revisión del proceso de categorización, vinculando los testimonios y percepciones de los actores a categorías de análisis para,

posteriormente, depurar y decantar los aspectos más relevantes del grupo de actores consultados. Para este tipo de análisis se buscó un conocimiento significativo, más que representativo, de las experiencias de los actores directamente implicados en la implementación de la política.

Con la codificación de los datos en categorías, se garantizó la triangulación (entre aspectos conceptuales y categorías de análisis), así como la saturación de las categorías (es decir la identificación de las categorías más fuertes, con ideas más reiteradas o compartidas por la mayoría de los actores indagados). Todos estos elementos metodológicos fueron indispensables para garantizar el rigor y calidad del análisis cualitativo desarrollado.

Respecto de la revisión documental, se revisaron de forma adicional instrumentos de política pública y otras fuentes secundarias disponibles en el del Sistema de información de la Protección Social (SISPRO), relacionadas con la detección temprana del cáncer de mama a nivel nacional y territorial.

CAPÍTULO II

2. DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA

En este segundo capítulo se hace referencia a los principales antecedentes políticos y normativos, a nivel internacional y nacional, para el control del cáncer y en particular los relacionados con el control del cáncer de mama. Se parte de un análisis general del contexto social, político y normativo, para luego concentrarse en el modelo y el PDCC 2012-2021 como el principal instrumento de acción pública para el manejo de esta enfermedad; también se dan a conocer conceptos claves sobre detección temprana, así como los avances más significativos en la implementación del PDCC con corte al año 2016.

Dentro de los elementos de contexto para la formulación de instrumentos de acción pública relacionados con el control del cáncer, se destaca el cambio en la estructura demográfica de la población de Colombia a partir de la segunda mitad del siglo XX. Tomando como referencia los datos del PDCC (2012), en cuanto a volumen poblacional: “la esperanza de vida pasó de ser 48 años en 1950 a 72 años en 2007 y la fecundidad bajó de cerca de 7 hijos a 2,6 hijos por mujer” (pág. 22). El cambio de población rural a urbana también ha tenido consecuencias sobre los determinantes sociales de la salud, así como el aumento del acceso a los servicios de educación, salud y oportunidades laborales: “la exposición a carcinógenos ambientales (...) y en general las circunstancias que se han catalogado como factores de riesgo en cáncer.” (pp. 22-23) Estos cambios demográficos explicarían “hasta dos terceras partes de la carga futura del cáncer, dado que la edad es uno de los factores de mayor efecto sobre el riesgo de cáncer”. (pág. 23)

De otra parte, el Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia (Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.; Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2017) relaciona aspectos propios de la urbanización del país, tales como “una dieta rica en grasa y baja en fibra, la obesidad, el tabaquismo; y factores reproductivos como: la edad tardía al primer embarazo, la baja paridad, la no práctica de lactancia materna y el uso de anticonceptivos orales” (pág. 81). El documento plantea que debido a la baja fuerza de asociación que tienen los factores de riesgo reproductivos para el cáncer de mama, también es necesario buscar explicaciones de los patrones encontrados desde el componente de los servicios de salud y los factores socioeconómicos relacionados.

De igual manera, Arias (2009) plantea que las desigualdades sociales en cáncer implican disparidades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, carga de cáncer y de sus determinantes asociados. Generalmente estas desigualdades se relacionan con diferencias en las condiciones de vida y trabajo, atención médica inadecuada y políticas sociales que afectan los determinantes sociales, como: ocupación, ingresos económicos y nivel educativo, entre otros. En esa misma línea, Sánchez, Laza, Estupiñan y Estupiñan (2014) señalan las barreras de acceso a los servicios de salud que tienen las mujeres con cáncer de mama debido a determinantes sociales “frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad.” (pág. 305)

Todos estos elementos han permitido identificar factores que limitan la implementación de estrategias y políticas de detección temprana y que no permiten mejorar los resultados del cáncer de mama en Colombia. Frente a estas barreras, desde el contexto nacional e internacional se han planteado diferentes instrumentos de acción pública que se detallan a continuación.

2.1 Contexto Político y Normativo.

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. “La incidencia del cáncer sigue aumentando, tanto en los países de ingresos altos como, especialmente, en los países de ingresos bajos y medianos” (CONCORD Working Group, 2015), dentro de estos últimos países se encuentra Colombia.

2.1.1 Contexto Internacional. Históricamente, no ha habido un desarrollo continuo de políticas públicas para el control del cáncer. Hacia 1970, Estados Unidos fue, según Rivera (2005), el país pionero en el desarrollo de este tipo de políticas, las cuales centraron sus acciones en la protección de la población de agentes carcinógenos presentes en el ambiente.

A partir de esa década, se generaron diversos convenios internacionales vinculantes y no vinculantes, relacionados con el control del cáncer. En el primer caso se destacan los convenios relacionados con la seguridad laboral y con el control de factores de riesgo para cáncer, como es el caso de tabaquismo. (Ver anexos, tabla 7)

En cuanto los convenios internacionales no vinculantes, en el documento del PDCC, 2012-2021, se destacan las resoluciones expedidas por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y la Organización Panamericana de la Salud, OPS. Estas se relacionan con la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, y la intervención de factores de riesgo como el tabaquismo, régimen alimentario y actividad física. (Ver anexos, tabla 8)

Lo anterior es acorde con los compromisos a nivel de política pública que la OMS busca que se implementen en los Estados¹. Así mismo, este organismo puso en marcha en el año 2013 el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles

¹ <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>

2013-2020, su objetivo es reducir en un 25% la mortalidad prematura causada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas.

2.1.2 Contexto Nacional. Colombia cuenta con planes para el control del cáncer desde la década del setenta del siglo pasado; sin embargo, estos no han tenido continuidad ni han sido monitoreados y evaluados. Solo hasta el año 2016 se realizó un análisis del estado de la implementación del PDCC 2012-2021 que sirve como punto de partida para el análisis de la implementación de dicho plan, el cual se detallará más adelante. En la tabla 6 se resumen los principales hitos en las políticas nacionales relacionadas con el cáncer hasta la década del noventa, siguiendo la exposición hecha por Murillo et al (2006), junto a las organizaciones encargadas de ejecutar dichas acciones:

Tabla 6

Principales hitos de la política pública relacionados con el control del cáncer

Fecha	Acción	Organización
Mediados década sesenta	Toma de citología con diferentes matices para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino	Sistema de Salud Pública, Profamilia y la Liga Colombiana contra el Cáncer
1975	Formulación de Plan Nacional de Cáncer. Creación de zonales con unidades de cáncer en hospitales generales de tercer nivel. Instalación de equipos de Radioterapia y tratamiento.	Instituto Nacional de Cancerología
Finales década ochenta	Programa Nacional para la Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino. Programa Nacional para el Control del Tabaquismo	Ministerio de Salud
Década del noventa	Programa Nacional para el Control del Tabaquismo Descentralización del Programa de Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino	Ministerio de Salud y Protección Social Aseguradoras (EPS - ARS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Nota: Tabla realizada según Murillo et al (2006)

Como se aprecia en la tabla, el reordenamiento que se dio en el sector de la salud a raíz de la Ley 100 de 1993, hizo que las acciones de educación, toma de citología y realización de mamografía quedaran en manos del sector privado dentro del plan obligatorio de Salud, POS. El estudio señala que esta reorganización trajo como consecuencia:

(...) confusión sobre las funciones y responsabilidades territoriales e institucionales frente a las actividades de detección y control del cáncer, lo que se suma a la preexistente ausencia de sistemas de información y de vigilancia, y a los problemas relativos al control de calidad dentro de un esquema descentralizado. (pág. 10)

De igual modo, la Constitución Política menciona que el Estado debe garantizar “a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (art. 49, 1991). Esto ha permitido la expedición de leyes que han avanzado en la creación de un sistema de seguridad social integral con importantes logros en el aseguramiento de la población, llegando a un sistema de salud centrado en las personas. También hay leyes relacionadas con el control del cáncer y que son pertinentes con el objeto de estudio de esta investigación. (Ver anexos, tabla 9)

Siguiendo a Agudelo Calderon, Cardona Botero, Ortega Bolaños, & Robledo Martínez (2011), la construcción de la política de salud pública quizás ha sido uno de los aspectos más complejos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, SGSSS. Además de la confusión de roles, se sumaron actores con distintas capacidades y competencias, como el caso de las IPS que se centran “en la prevención y promoción individuales, las cuales desde 2003 se orientan por medio de Normas y Guías de detección temprana y protección específica de alcance nacional” (pág. 2821). Entre tanto, los municipios y departamentos quedaron a cargo de la salud pública,

incluyendo su sostenimiento financiero, y cumpliendo con las acciones dirigidas a los grupos de población en el Plan de Atención Básica (PAB).

Para el año 2007 se promulgó la Ley 1122 (Congreso de la República de Colombia), la cual en su artículo 33 establece la responsabilidad del Gobierno Nacional de definir cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública, PNSP. Dos años después de culminado en PNSP 2007-2010, y luego de un amplio proceso de consulta ciudadana, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021 (2013). En este documento se establecen tres líneas operativas: la Promoción de la Salud, la Gestión del riesgo en Salud y la Gestión de la Salud Pública (pág. 39). Como resultado, las acciones estatales a nivel sectorial, transectorial y comunitario, unidas al conjunto de políticas públicas que buscan promover el acceso al bienestar y a la promoción de estilos de vida saludables, así como a la “atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial” (pág. 88), fueron integradas en la Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles; que incluye al cáncer.

Para el año 2016, el Ministerio puso a disposición de los actores del sistema de salud un conjunto de directrices para la adecuada implementación de los procesos de Gestión de la Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En cuanto a las Entidades Territoriales, se estableció -conforme a la Resolución 1536 de 2015- un protocolo de planeación del Plan Territorial en Salud, donde la entidad territorial:

- a. Analiza la situación de salud de la población de su territorio; b. la contextualiza; c. prioriza; d. define las estrategias que aborden las situaciones identificadas; e. define los recursos, resultados y productos a alcanzar; y, f. elabora el Plan de Acción en Salud, donde

se precisan los productos, actividades, recursos y responsables a ejecutar en cada anualidad.
(pág. 9)

El PDSP también establece que las entidades territoriales deben encargarse de la formulación y ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas PIC. Estos fueron definidos mediante la resolución 518 del 2015 como:

Un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, pág. 8)

En tal sentido, se buscó fortalecer y canalizar los esfuerzos de las entidades territoriales para adquirir mayor capacidad de liderazgo, gobernanza y gestión de la salud en sus territorios. Además, para que complementen con mayor efectividad las acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, incluidas en otros planes de beneficios diferentes al PIC y se logre una eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Dentro de los PIC, las intervenciones, procedimientos y actividades que tienen relación con el control del cáncer de mama son: la conformación y fortalecimiento de redes sociales, y comunitarias sectoriales e intersectoriales, información en salud, educación y comunicación para la salud, canalización y jornadas de salud. Así mismo, las EPS definen y planean, en el marco de sus competencias, las acciones a ejecutar para la gestión del riesgo en salud y para la gestión de políticas, planes, programas y proyectos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

2.2 El Modelo para el control del cáncer.

Para la construcción del modelo, el Instituto Nacional de Cancerología –INC- realizó una revisión exhaustiva de la literatura que incluyó el análisis de los modelos de control del cáncer generados por otros países y agencias internacionales como la organización Mundial de la Salud. Este documento fue ampliamente discutido en diferentes debates realizados al interior del INC en las ciudades de Bogotá, Cali, Bucaramanga, Medellín y Barranquilla.

El modelo tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo. Buscando integrar de forma coordinada los abordajes poblacionales y de alto riesgo mediante la aplicación de estas acciones a nivel político, comunitario y de servicios de salud, se busca obtener el control de enfermedades, en especial de aquellas crónicas. Esto se debe a que, en la mayoría de los casos, dichos cuadros no tienen un factor biológico identificable como condición necesaria para el desarrollo de la enfermedad.

Las herramientas del documento para activar estas acciones son instrumentos clásicos de la salud pública “como la movilización social, la comunicación y la educación; sin embargo, se hace énfasis en la necesidad de utilizarlas atendiendo particularidades de la enfermedad como la visión precaria o lejana del riesgo y su asimilación a una muerte inevitable.” (pág. 9)

La vigilancia, la investigación y el análisis se plantean como ejes centrales, porque solo es posible tener resultados previsibles si las acciones están basadas en un adecuado conocimiento y evidencia científica acerca de la problemática del cáncer y de sus alternativas de solución.

Para diseñar las estrategias de control del cáncer en Colombia se planteó el siguiente modelo lógico:

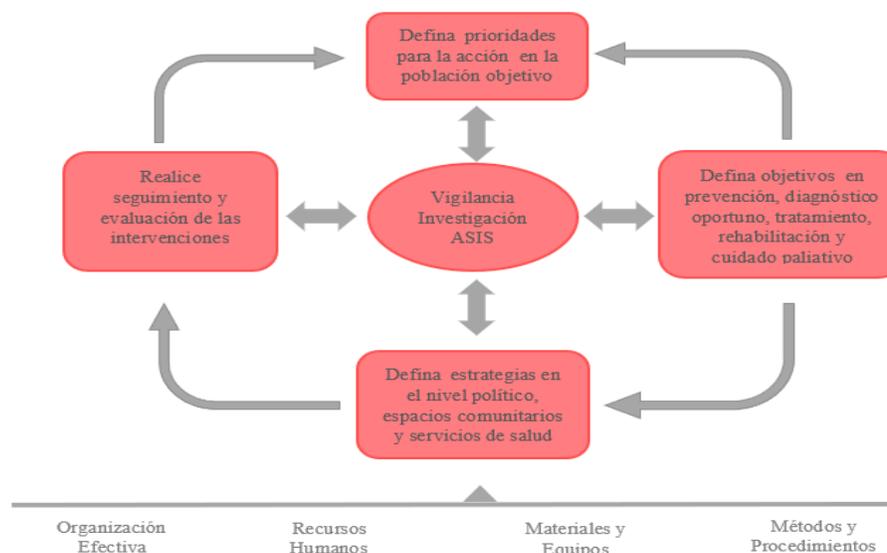


Figura 3. Modelo lógico de diseño de estrategia. Adaptado de Murillo et al (2006) Pag. 22

De acuerdo con Murillo et al (2006), un elemento importante para la implementación del modelo es el establecimiento de condiciones tecnológicas mínimas en las instituciones, para que estas puedan ejecutar los planes formulados:

El análisis, la efectividad de las estructuras organizacionales (orgware), la vinculación y capacitación del recurso humano necesario (humanware), la definición de sistemas de información y conocimiento, así como la estructuración de los procesos y procedimientos institucionales (software) y la definición de materiales y equipos necesarios (hardware). (pág. 20)

Por supuesto, todos los avances en estos fortalecimientos deben ubicarse en el marco de las normas definidas en el SGSSS, siendo este modelo un medio para lograr tal fin. Sin embargo, la normatividad desarrollada ha estado distante de la implementación, por lo que los tomadores de decisión desconocen las dificultades que se van presentando en el nivel operativo y no se toman acciones correctivas que pueden incidir en unos mejores resultados.

2.3. Plan Decenal para el Control del Cáncer PDCC 2012-2021.

El PDCC 2012- 2021 surge como respuesta a la reglamentación de la Ley 1384 de 2010, que insta al Ministerio de Protección Social a establecer acciones para el control integral del cáncer, por lo que se vio la necesidad de contar con un Plan específico para el control del cáncer en el nuevo marco del SGSSS. Para el año 2009, y basándose en el Modelo de Control del Cáncer ya mencionado, el cual orienta conceptual y teóricamente el abordaje del cáncer, el INC realizó la primera versión del Plan Nacional para el control del cáncer 2010-2019, el cual fue presentado en varios espacios de discusión pública en las principales ciudades del país.

De manera conjunta con la formulación de este documento, se desarrollaron diferentes resoluciones como parte de la reglamentación de la Ley 1384 del 2010, enfocadas a definir el sistema de información y vigilancia del cáncer, adoptar guías de práctica clínica (entre esas, la de cáncer de mama), y definir los estándares para la habilitación de las unidades funcionales para la atención de cáncer, entre otros.

El propósito principal PDCC 2012-2021 es “posicionar en la agenda pública el cáncer como un problema de salud pública y movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control de esta enfermedad en Colombia” (pág. 45). Dicho documento cuenta con seis líneas estratégicas que definen objetivos, metas y acciones a nivel político, comunitario y de servicios de salud. En la tabla 7 se puede ver dichas líneas y objetivos:

Tabla 7

Líneas estratégicas versus Objetivos del PDCC

Línea Estratégica	Objetivos PDCC
1. Control del riesgo (Prevención primaria)	Reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables
2. Detección temprana de la enfermedad	Reducir las muertes evitables por cáncer mediante el mejoramiento de la detección temprana y la calidad de la atención.
3. Atención, recuperación y superación de los daños causados por el cáncer	Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes de cáncer.
4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer	Garantizar la generación, disponibilidad y uso de conocimiento e información para la toma de decisiones.
5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer	Fortalecer la gestión del talento humano para el control del cáncer

Nota: elaboración propia a partir del PDCC 2012-2021. 2018

Esta investigación se concentrará en la segunda línea estratégica: Detección temprana de la enfermedad, específicamente en la sublínea de cáncer de mama que comprende “las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y, por tanto, una reducción en la mortalidad por cáncer” (pág. 58). Dentro de esta línea estratégica se utilizan dos herramientas: la tamización, descrita como una prueba rutinaria de exámenes en una población delimitada con el perfil de riesgo; y la atención y canalización de aquellos pacientes que presentan “síntomas incipientes de la enfermedad.” (pág. 58)

La detección temprana como estrategia ya había sido incluida en el Acuerdo 117 de 1998 (Ministerio de Salud), fue descrita como un procedimiento oportuno y efectivo para identificar y diagnosticar en estado temprano la enfermedad, así como para facilitar “el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte” (pág. 2). Diaz, Piñeros & Sánchez (2005) la consideran como la identificación de una enfermedad -en este caso, del cáncer de mama- en un punto de su historia natural donde puede ser tratado con técnicas que tienen el menor impacto físico y la mayor probabilidad de producir curación. Esto se puede

lograr mediante diferentes estrategias de tamizaje: en primer lugar, la detección temprana sin tamizaje (sin pruebas) mediante la identificación de signos clínicos detectados en un examen de rutina o por los síntomas expresados por las mujeres en el momento de consultar; el tamizaje de oportunidad (cuando el usuario tiene contacto con los servicios de salud y se le realizan las pruebas por fuera de un programa formal) y el tamizaje organizado. Este último debe cumplir con las siguientes características:

Tabla 8

Características del tamizaje organizado

Características		
Tamizaje organizado	Contar con una política específica	Implementar estrategias de inducción de la demanda
	Definir la población que incluya categorías específicas de edad	Establecer un programa de aseguramiento de la calidad
	Definir las pruebas que se utilizarán y los intervalos de aplicación	Contar con un sistema de información adecuado
	Establecer un equipo responsable de su implementación	Detectar la ocurrencia de la enfermedad en la población
	Garantizar la oferta y la accesibilidad a instituciones de salud para el diagnóstico y el tratamiento oportunos	Definir una metodología de evaluación y seguimiento

Nota: elaboración propia a partir de Díaz, Piñeros & Sánchez. (2005, pág. 95)

Posteriormente, la resolución 412 de 2000 (Ministerio de Salud) adoptó la norma técnica de detección temprana para esta enfermedad, determinando las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de estas. Sin embargo, Díaz, Piñeros & Sánchez (2005) señalan que en ese documento nunca se definió si el país adoptaba un programa de tamizaje organizado, un tamizaje de oportunidad o la detección temprana sin tamizaje. Solo hasta el año 2013, la Guía de práctica clínica del cáncer de mama recomendó “Realizar tamización de base poblacional organizada mediante mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años, siempre incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama” (pág. 73).

Así mismo, establece:

La realización del examen clínico de la mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de médicos debidamente entrenados, asegurando la referencia inmediata y oportuna a un sistema de diagnóstico adecuado, en el evento de haber detectado lesiones sospechosas (...) No se recomienda la realización del autoexamen de la mama como estrategia de tamización. Se recomienda la enseñanza del autoexamen como estrategia de concientización y autoconocimiento . (pág. 73)

Teniendo en cuenta estos documentos técnicos y antecedentes normativos, en el PDCC 2012-2021 se definieron cuatro metas con sus respectivos indicadores para el tamizaje:

Tabla 9

Metas e indicadores para el tamizaje

Meta	Indicador	Fuente
a) Contar con Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al 2016.	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama.	Instituto Nacional de Cancerología y Ministerio de Salud y Protección Social
b) Incrementar a 60% la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos en el 2021 (línea de base 40%. Fuente: Piñeros & Cols 2008).	Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA)	Cuenta de Alto Costo
c) Aumentar a 70% en mujeres de 50 a 69 años cobertura de mamografía de tamización bianual, al 2021 (línea base 48.9%. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010).	Proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomado la mamografía en los dos últimos años.	Protección Específica Detección Temprana 4505 (PEDT) y Base Única de afiliados (BDUA)
d) Garantizar acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más.	Oportunidad en el acceso y confirmación diagnóstica de las mujeres con mamografías reportadas	Cuenta de Alto Costo y Protección Específica Detección

Nota: elaborado con base en el PDCC

Para el seguimiento de estas metas se dispone de diferentes fuentes de información que hacen parte del Sistema de Información de Cáncer (SINCan) establecido desde el año 2013 y que permite monitorizar el comportamiento de las metas y actividades planteadas en el PDCC.

2.4. Avances en la Implementación de instrumentos de acción pública para el control del cáncer en Colombia.

En los últimos años, el Ministerio de Salud y Protección Social, en asocio con la Organización Internacional para las Migraciones –OIM- ha realizado importantes esfuerzos por identificar las capacidades de los territorios para implementar políticas de salud que fortalezcan a la autoridad sanitaria en su gestión. Ambas organizaciones hicieron el documento ‘Análisis Nacional Diagnóstico de Capacidades Funcionales y Técnicas existentes en los Procesos de la Gestión de la Salud Pública Priorizados’ (2015). En esta labor se tuvo en cuenta la definición de ‘desarrollo de capacidades’ dada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD: “es el proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las aptitudes necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo.” (pág. 3)

En el diagnóstico se analizaron cuatro categorías relacionadas con las capacidades funcionales, procesos de asistencia técnica, gestión de las intervenciones colectivas y gestión de las acciones individuales con énfasis en la detección temprana y protección específica. Las entidades territoriales se categorizaron en cuatro grupos: los que están en etapa a desarrollar, los que están en etapa de alistamiento, los que tienen Implementado parcialmente y los que tienen implementado y con sostenibilidad. (Ver Anexos, tabla 10)

Allí se encontraron diferentes niveles de avance a nivel departamental. Para las entidades territoriales, su nivel de capacidad para monitorear y realizar seguimiento de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB- está determinado por su nivel de avance en procesos definidos, cronogramas de verificación y procedimientos establecidos; esto contrasta con las acciones individuales de Promoción de la Salud, Detección Temprana, Protección Específica y atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública.

En cuanto a los avances específicos de la implementación del PDCC, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud, mediante el convenio 519, 2015-2016, elaboraron una medición del avance en la implementación desde la reglamentación del PDCC desde el año 2013 hasta el año 2016 (con la información disponible a ese corte), configurándose como una Línea de base del Plan Decenal para el control del cáncer 2012- 2021. Este esfuerzo permitió identificar factores facilitadores y factores que dificultan el avance de la implementación en los niveles político y normativo, comunitario y en los servicios de salud. Esto fue expresado por los actores claves (institucionales y sociales) que participaron en los encuentros regionales realizados en Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga y Barranquilla en el año 2016.

Para entender la cuantificación de la línea base, la tabla 11 (Ver Anexos) muestra las categorías utilizadas para evaluar el cumplimiento de cada meta del PDCC. El monitoreo de los indicadores se realizó por medio de la identificación de fuentes de información, extracción y análisis de la información, evaluación del cumplimiento de la meta; así como el diseño de un tablero de control para el monitoreo continuo del avance del PDCC. En el caso del cáncer de mama, la Tabla 10 muestra lo siguiente:

Tabla 10

Línea Base del Componente cáncer de mama

Componente	Indicador	Meta	Fuente	Avance
Cáncer de mama	Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama.	Contar con un Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama, al 2016.	Instituto Nacional de Cancerología y Ministerio de Salud y Protección Social	Meta cumplida con reservas.
	Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA)	Incrementar a 60% la proporción de casos de cáncer de mama en estadios tempranos en el 2021 (línea de base 40%) Fuente: Piñeros & Cols (2008)	Cuenta de Alto Costo	Meta no cumplida. La tasa es de 32,56 para el 2015
	Proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomado la mamografía en los dos últimos años	Incrementar a 70% en mujeres de 50 a 69 años la cobertura de mamografía de tamización bianual al 2021 (línea de base 48.9%) Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010)	Protección Específica Detección Temprana 4505 (PEDT) y Base Única de afiliados (BDUA)	Meta no cumplida. En el 2014 se obtuvo una cobertura de 15,36% y en el 2015 de 14,41%.
	Oportunidad en el acceso y confirmación diagnóstica de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más	Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento al 100% de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más	Cuenta de Alto Costo y Protección Específica Detección Temprana 4505 (PEDT)	Meta no identificada. Oportunidad en el diagnóstico 140,81 días

Nota: Línea de base PDCC, Convenio 519 2015-2016.

Para cada indicador, el documento Línea de base PDCC demostró la importancia de una sistematización adecuada para el nivel nacional. En cuanto al indicador denominado ‘Documento técnico del Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya el cáncer de mama’, se evidenció el esfuerzo de parte del Ministerio de Salud y el INC por establecer protocolos de acción mediante documentos que marquen directrices, como las Guías de Atención Integral.

Frente al indicador expresado como: Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), la cuantificación dejó ver que para el año 2015, si bien la meta apenas iba por la mitad de lo proyectado, el Guaviare había cumplido la meta al 100%, mientras que departamentos como Quindío, Santander, Meta, Antioquia y el Distrito Capital de Bogotá eran los lugares con mayores proporciones de casos nuevos de cáncer de mama detectados en estadios tempranos. Los demás departamentos, entre esos Cundinamarca, no habían cumplido con esa meta.

En el caso de la Proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomado la mamografía en los dos últimos años, la cobertura disminuyó entre el año 2014 al 2015, destacándose Bogotá como el territorio de mayor cobertura con 26,95% en 2014 y 25,51% en 2015.

Por último, en el Indicador sobre Oportunidad en el acceso y confirmación diagnóstica de las mujeres con mamografías reportadas como BIRADS 4 o más, para el año 2015 el menor tiempo promedio en días para la conformación diagnosticada estuvo en los departamentos de Guaviare (3 días), Caquetá (30 días), Quindío (42días), Sucre (48 días) y Caldas (49 días). Mientras que los departamentos en donde se obtuvo el mayor tiempo promedio fueron Casanare (352 días), Nariño (293 días), Antioquia (206 días), Vichada (206) y el Distrito Capital de Bogotá (202 días).

En cuanto a las dificultades y facilitadores del proceso de implementación, la tabla 11 muestra dichos factores entre los que se destacan las barreras culturales ya mencionadas anteriormente, pero también una facilitación dada por la movilización social generada desde distintas organizaciones de la sociedad civil. Esta sistematización se obtuvo gracias a la información recopilada en los encuentros regionales del año 2016:

Tabla 11

Facilitadores y dificultades de la implementación del PDCC, suministrados por los actores instituciones y sociales, 2016.

Factores facilitadores de la implementación	Factores que dificultan la implementación
<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un marco normativo relacionado con la expedición de legislaciones nacionales • Voluntad Política • Movilización social que se evidencia en la participación de la comunidad • Sensibilización frente a la enfermedad • Existencia de profesionales de la salud capacitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para la definición de indicadores y para el acceso de información disponible • Información obsoleta o desactualizada. Deficiencias en el registro y subregistro para algunos tipos de cáncer • Falta de claridad en las competencias de los actores clave. Alta rotación del personal de salud • Deficiencias en el seguimiento a sanciones e incumplimiento de responsabilidades por parte de los prestadores • Falta de continuidad de los procesos por el cambio que se presentan en los periodos administrativos • Barreras de tipo cultural, geográfico y educativo • Barreras de acceso administrativos y fragmentación de la prestación de los servicios

Nota: Línea de base PDCC, Convenio 519 2015-2016.

Esta información es un insumo importante para esta investigación por los factores que influyen en la implementación a nivel territorial desde la perspectiva de los actores, reiterándose que la falta de capacidad administrativa y los problemas de coordinación entre los implementadores influyen de manera importante para lograr los objetivos planteados para el control del cáncer.

CAPÍTULO III

3. Análisis de los factores y del grado de implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama del PDCC 2012-2021, a partir del análisis de la territorialidad y la territorialización de la acción pública, desde el nivel nacional al territorial.

Desde el análisis del marco conceptual, teórico y del estado del arte sobre la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama y con la información recolectada en el trabajo de campo, se utilizaron las herramientas cualitativas ya mencionadas que, permitieron identificar 4 categorías para analizar los factores asociados a la territorialidad, entendida como el sistema de valores de la sociedad alrededor de la detección temprana del cáncer de mama, y de cómo condicionan socialmente las acciones que se pueden ejercer en el territorio -la territorialización de la política- desde el nivel nacional al territorial, en las Entidades del orden nacional, departamental –Cundinamarca- y dos municipios de primera categoría (Chía y Soacha).

La tabla 12 muestra las categorías identificadas como: instrumentos de acción pública, capacidad administrativa, participación social y coordinación intrasectorial, además, a partir de las entrevistas con los actores consultados, se visibilizó la sub-categoría de servicios de detección temprana dentro de la categoría de capacidad administrativa. En este capítulo se describen los principales hallazgos en cada categoría, analizando los factores relacionados con la territorialidad y su papel como condicionantes de la territorialización de las estrategias de Detección Temprana –DT- por cada nivel territorial. También se realizaron nubes de palabras -mediante el software Nvivo- que permite conocer la frecuencia de las 80 palabras de mayor y menor frecuencia en el nivel nacional, departamental y municipal, que contribuyen al análisis de cada categoría.

Tabla 12

*Factores relacionados con la Territorialidad y Territorialización de la Línea estratégica
Detección Temprana Cáncer de mama*

Categorías	Factores de la Territorialidad (Valores compartidos en un territorio)	Factores de la Territorialización (Producción de la acción gubernamental territorial)
1. Instrumentos de acción pública	<p>Prioridad del problema, que se evidencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Priorización del cáncer de mama en análisis de la situación de salud del territorio. ▪ Nivel de conocimiento de los actores frente a las estrategias para la detección temprana de la enfermedad. 	<p>Existencia de metas y estrategias definidas en los diferentes instrumentos de acción pública según nivel territorial.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Plan Decenal para el control del Cáncer 2012-2021 – Plan Nacional de Desarrollo – Plan de Desarrollo Departamental – Plan de Desarrollo Municipal – Planes Territoriales de Salud
2. Capacidad administrativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voluntad política por parte de los tomadores de decisión. 	<p>Rol de la entidad frente a la detección temprana, del cáncer de mama que se evidencia en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de acciones de detección temprana ▪ Presupuestos asignados ▪ Talento Humano entrenado, ▪ Sistemas de información para el seguimiento y monitoreo operando ▪ Tecnologías seguras cubiertas por el plan de beneficios ▪ Sistemas de vigilancia en salud pública y de inspección, vigilancia y control operando de manera continua.
2.1 Servicios de detección temprana del cáncer de mama	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asequibilidad: Disponibilidad de tecnologías para detección temprana del cáncer de mama (Examen clínico y mamografía) ▪ Accesibilidad a servicios de tamizaje de cáncer de mama (barreras y facilitadores) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura de pruebas de mamografía ▪ Mujeres identificadas en estadios tempranos del cáncer de mama ▪ Oferta de servicios: educación, canalización y pruebas de detección temprana del cáncer de mama
3. Participación social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visibilidad de las organizaciones de mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de participación (quejas, tutelas, etc.) ▪ Participación de comunidad organizada en planificación e implementación de acciones de fomento de la detección temprana (COPACOS, Ligas de usuarios, etc.)
4. Coordinación intrasectorial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intereses compartidos por los diferentes actores involucrados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de coordinación intersectorial (comités, observatorio de cáncer) para planeación e implementación de estrategias de detección temprana.

Nota: elaboración propia, 2018

Para poder analizar el grado de implementación de la Línea Estratégica (LE) de detección temprana, para cada una de las categorías y factores identificados, en la tabla 13 se definieron unos criterios de cumplimiento, dándoles un puntaje de alto, medio o bajo.

El análisis de estos criterios de cumplimiento es pertinente porque permite corroborar la hipótesis planteada, identificando los factores que tienen un mayor cumplimiento y que facilitan el proceso de implementación, así como los factores que tienen cumplimiento medio o bajo y que pueden limitar la implementación de la LE de detección temprana del cáncer de mama. Además, abre la posibilidad de comprender las diferentes perspectivas de los actores, según el nivel donde se encuentren, la construcción de sus distintos imaginarios y cómo generan una valoración diferente a cada factor objeto de estudio.

Así mismo, el grado de implementación permite reconocer la influencia que tienen los factores relacionados con la territorialidad y como estos condicionan socialmente la territorialización de la política, según las lógicas de regulación sectorial o global sectorial, planteadas por Jolly.

A manera de guía de lectura, a continuación, se muestra la tabla 13 y luego se presenta el análisis por cada categoría y factor asociado.

Tabla 13

Criterios para la medición de los niveles de territorialidad y territorialización de la Línea estratégica Detección Temprana Cáncer de mama DTCM

	Alto		Medio		Bajo	
	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización
Instrumentos de Acción Pública	Los actores han hecho el análisis de la situación de salud en su territorio, conocen su problemática DTCM ² , priorizando establecer políticas, planes y programas.	Se evidencian metas y estrategias específicas en DTCM, en los planes sectoriales de salud (PDSP, PDCC) y en planes de desarrollo nacional, departamental o municipal.	Los actores han realizado el análisis de la situación de salud en su territorio, pero hay conocimiento limitado sobre la problemática en DTCM, lo que les dificulta establecer prioridades en sus acciones.	No hay metas explícitas en DTCM, pero sí las hay sobre detección temprana de enfermedades no transmisibles en planes sectoriales de salud (PDSP, PDCC) y planes de desarrollo a nivel nacional, departamental o municipal.	Los actores no han realizado el análisis de la situación de salud en su territorio y no conocen la problemática de la DTCM. No establecen en sus prioridades la DTCM.	No se definen metas y estrategias para la DTCM en los planes sectoriales de salud (PDSP, PDCC) y en los planes de desarrollo nacional, departamental o municipal.
Capacidad Administrativa	Los actores perciben voluntad política por parte de los tomadores de decisión, y se evidencia en la priorización de la DTCM en el programa de gobierno. Se incluye dentro de la planeación de acciones en salud.	Las entidades que participan en la implementación: - Realizan procesos de planificación en DTCM, disponen de fuentes de financiación y presupuestos específicos. - Cuentan con talento humano entrenado, tecnología apropiada y sistemas de información para el seguimiento y monitoreo de las acciones de DTCM.	Los actores perciben que las instituciones cumplen las exigencias básicas a nivel normativo y hay escaso interés de los tomadores de decisión, lo que se evidencia en que la problemática no esté priorizada en el programa de gobierno.	Los actores evidencian que las entidades que participan en la implementación: - Realizan la planificación en cumplimiento a requerimientos externos y se tienen algunas fuentes de financiación con presupuesto limitado. - Tienen insuficiente talento humano, tecnología básica, sistemas de información para el seguimiento y monitoreo de las acciones de DTCM.	Los actores perciben que las instituciones no cumplen con las exigencias básicas a nivel normativo y no hay interés de los tomadores de decisión. Se evidencia en que la problemática no esté priorizada en el programa de gobierno.	Los actores evidencian que las entidades que participan en la implementación: - No realizan planificación de las acciones y no cuentan con fuentes de financiación y presupuestos específicos. - No cuentan con talento humano, tecnología, sistemas de información para la implementación continua de DTCM.

² La problemática de la detección temprana del cáncer de mama se evidencia a través de indicadores trazadores como: cobertura de mamografía, proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

	Alto		Medio		Bajo	
	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización
Capacidad Administrativa		–Definieron e implementaron acciones de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de manera continua.		–Definieron e implementaron parcialmente las acciones de vigilancia en salud pública e inspección, vigilancia y control de manera continua.		–No implementaron acciones de vigilancia en salud pública, inspección, vigilancia y control de manera continua.
Servicios de detección temprana	Los actores evidencian que: –Se dispone de tecnologías para la DTCM (Examen clínico y mamografía). –No existen barreras para el acceso a servicios de detección temprana.	Las fuentes de información disponibles evidencian: - Las coberturas de tamización bianual con mamografía, en mujeres de 50 a 69 años, están por encima del 70% - La proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), se encuentra por encima del 60%.	Los actores evidencian que: –Se dispone parcialmente de tecnologías para la DTCM (Examen clínico y mamografía) - Se presentan algunas barreras de acceso a servicios de tipo geográfico, administrativo y cultural.	Las fuentes de información disponibles evidencian: –Las coberturas de tamización bianual con mamografía, en mujeres de 50 a 69 años, están entre 40 y 70%. –Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), entre 40 y 60%.	Los actores evidencian que: –No se dispone tecnologías para la DTCM (Examen clínico y mamografía) –Se presentan continuamente barreras de acceso de tipo geográfico, administrativo y cultural.	Las fuentes de información disponibles evidencian: –Coberturas de tamización bianual con mamografía, en mujeres de 50 a 69 años, por debajo del 40% –Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA), por debajo del 40%. –No se cuenta con una red de servicios para DTCM, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
Participación social	Las organizaciones de la sociedad civil tienen alta visibilidad, y se evidencia en su participación en espacios de incidencia política (formulación y reglamentación de	Las mujeres utilizan los mecanismos de participación (quejas, tutelas, etc.), y la comunidad organizada participa activamente en la	Las organizaciones de la sociedad civil participan por demanda en temas de incidencia política (Discusión de documentos técnicos, etc.) y tienen reconocimiento frente a algunas acciones de	Las mujeres utilizan esporádicamente los mecanismos de participación (quejas, tutelas, etc.) y la comunidad organizada participa puntualmente en actividades a las	Las organizaciones de la sociedad civil no participan en temas de incidencia política y su cobertura en acciones de fomento de la DTCM es limitada.	Las mujeres no utilizan los mecanismos de participación (quejas, tutelas, etc.) y no existen grupos

	Alto		Medio		Bajo	
	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización	Territorialidad	Territorialización
Participación social	Leyes, discusión de documentos técnicos, etc.), en su amplia cobertura en acciones de fomento de la DTCM (movilizaciones, capacitaciones. etc.).	planeación e implementación de acciones a través de COPACOS y Ligas de usuarios.	fomento de la DTCM que realizan de manera puntual	cuales sean convocados por las instituciones		comunitarios organizados
Coordinación Intrasectorial	Los actores perciben que existen intereses comunes y articulación de acciones frente a la DTCM, entre las diferentes entidades lo cual se evidencia en: pactos, alianzas y eventos conjuntos.	Existen mecanismos y espacios de coordinación para promover la planeación e implementación de las estrategias de DTCM en las diferentes instituciones. (Comités, Observatorio de cáncer, etc.)	Los actores perciben que existe interés en función de cumplir con acciones puntuales y ocasionalmente se realiza articulación en aspectos de obligatorio cumplimiento (normativo y contractual).	Existen mecanismos y espacios de coordinación ocasionalmente para promover temas puntuales, de la planeación e implementación de las estrategias de DTCM en las diferentes instituciones.	Los actores perciben que existe poco interés de las entidades y no hay articulación de acciones que promuevan la detección temprana el cáncer de mama.	No existen mecanismos y espacios de coordinación visibles para promover la planeación e implementación de las estrategias de DTCM en las diferentes instituciones.

Nota: elaboración propia, 2018

3.1 Instrumentos de acción pública IAP

Partiendo del concepto dado en el marco conceptual y teórico, un instrumento de acción pública organiza unas relaciones sociales específicas entre los poderes públicos y sus destinatarios. Es el caso del PDCC 2012-2021, pues define responsabilidades para las diferentes instituciones encargadas de su implementación y sus beneficiarios, determinando un relacionamiento permanente entre los actores para evaluar su cumplimiento. Por su parte, en el enfoque de gestión pública, Sabatier y Mazmanian citados por Roth (2015), mencionan que dentro de las condiciones de efectividad de la implementación se debe contar con una ley con objetivos y directrices claras, recursos suficientes, funcionarios y directivos que apoyen los objetivos de la política, una integración jerárquica que minimice los puntos problemáticos; y definir claramente a los tomadores de decisión y la participación social. Estos aspectos son aplicables a los IAP, que hacen parte de una política y por tanto los incluye.

En esta categoría también se tuvo en cuenta el planteamiento de Martínez: “los instrumentos de acción pública se entienden como instrumentos de planeación que constituyen la carta de navegación y orientación de las acciones desde un plano territorial y desde un plano sectorial” (2013, pág. 44). En esa misma página, el autor identifica –citando la definición de Morcillo (2002)- tres elementos en este proceso: el Plan, los planes territoriales y los planes sectoriales, que se formulan para tratar temas específicos, como es el caso del PDCC.

A partir de estas y otras definiciones planteadas en el esquema de análisis planteado por Jolly, se identificaron cuáles podrían ser los valores sociales compartidos que guardan relación con la territorialidad y que influyen en la priorización de acciones de detección temprana dentro de los planes territoriales de salud.

Se encontró que la prioridad alta dada por los actores a la problemática de la detección temprana del cáncer de mama (evidenciada en los análisis de situación de salud) era fundamental para que se desarrollaran los IAP; así como el nivel de conocimientos y apropiación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama, pues ambos factores condicionan socialmente la territorialización de los IAP, entendida como la materialización de los planes de salud en el territorio. De otra parte, para el análisis de los factores relacionados con la territorialización se analizaron la inclusión de metas, objetivos, estrategias, acciones y responsables de la detección temprana del cáncer de mama en los diferentes IAP en salud en el territorio.

Partiendo de estas premisas, durante el trabajo de campo se encontraron importantes hallazgos resumidos en la tabla 12 de los anexos, dando otra perspectiva frente a la territorialidad y la territorialización de los IAP.

Aquí se evidenció que, desde el nivel nacional y departamental existe gran interés en el control del cáncer de mama y se ha priorizado la problemática de su detección temprana como parte de la territorialidad; esto se respalda en el buen sustento teórico basado en el Modelo para el control del cáncer planteado por Murillo et al (2006), y en la existencia de un buen sistema de información en cáncer que permite mantener actualizados los análisis de situación del cáncer de mama y la toma de decisiones informada.

En el nivel municipal se identificó que, si bien la problemática de la detección temprana del cáncer de mama tiene una valoración alta en los actores, esta pierde visibilidad frente a otras problemáticas sociales que demandan una mayor urgencia en los territorios. Este fenómeno se evidenció principalmente en el municipio de Soacha, donde las múltiples problemáticas asociadas a la presencia de enfermedades no transmisibles influyen para que el cáncer de mama no se considere de alta prioridad. Como consecuencia, esta problemática no se plasma claramente en los

instrumentos de acción pública. Aquí se reafirma la hipótesis planteada por Jolly (2010, pág. 279), quien asegura que la Gobernabilidad en Colombia solo es posible a través de políticas públicas híbridas que combinan la sectorialidad (centralización) y la territorialidad (descentralización). Se observa que, aunque se ponen en marcha las acciones definidas desde el nivel nacional, los territorios son cada vez más autónomos y priorizan sus problemas de salud e intervenciones de acuerdo a la problemática más sentida en la población, por lo que se combina la sectorialidad y la territorialidad en estos IAP de nivel municipal.

Como parte del análisis de la territorialización, se observó un esquema de relacionamiento de los planes con el referencial global, sectorial, según el concepto de secterritorialidad planteado por Monnet -ver Figura 4- en el que se evidencian las relaciones que se encuentran entre los planes, desde el nivel nacional al territorial y como se da esta convergencia de la acción pública.

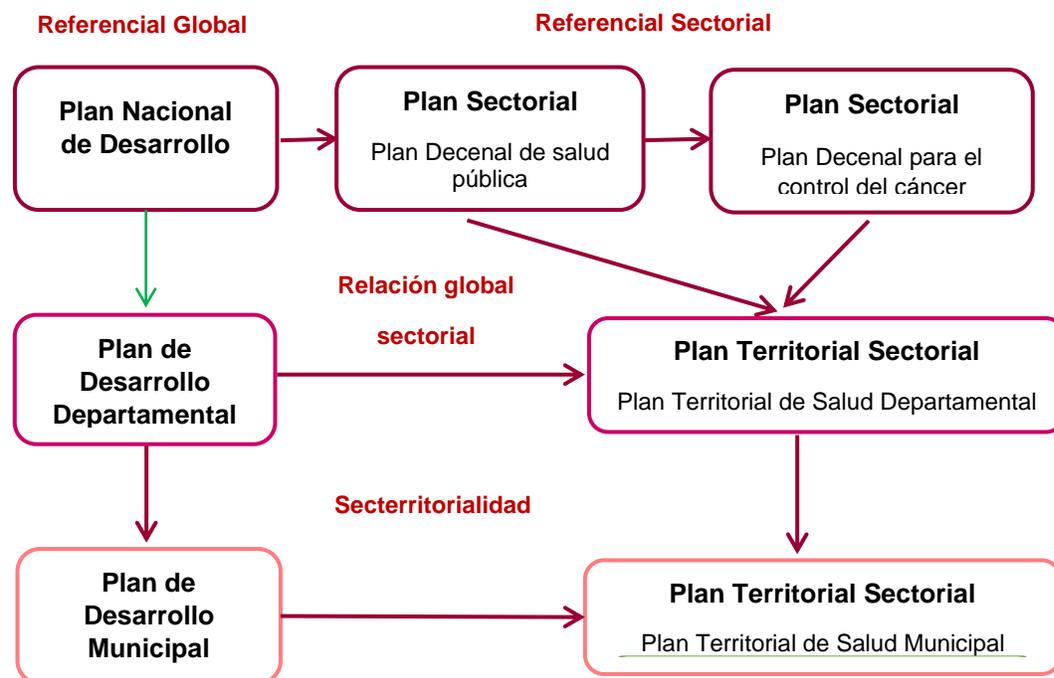


Figura 4. Articulación entre los instrumentos de acción pública relacionados con la detección temprana del cáncer de mama en Colombia. Elaboración propia, 2018

En la figura 4 se observa la relación de los IAP originados en el nivel nacional (PDSP y PDCC) que se convierten en un referencial sectorial (centralización) y los PTS que se convierten en el referencial territorial (descentralización), y que pueden o no incluir las intervenciones propuestas desde el nivel nacional.

Para el análisis de la territorialización, se revisaron los instrumentos de planificación del territorio sobre los cuales se operativizan las acciones de detección temprana del cáncer de mama. Allí se indagaron las estrategias y metas relacionadas con la política pública para dos periodos de Gobierno, en el nivel nacional 2010-2014 y 2014-2018 y en el nivel territorial 2012-2016 y 2016-2020 (Ver Anexos, tabla 11), infiriéndose los siguientes resultados:

En el nivel nacional no se encontraron metas específicas en el periodo de Gobierno (2010-2014), posiblemente por la ausencia de reglamentación de la Ley 1384 de 2010, y porque en ese momento no se contaba con un plan de cáncer que respaldara la formulación de dichas metas de gobierno. Evidentemente en el segundo periodo de gobierno, con la adopción por resolución del PDCC 2012-2021, se cuenta con el respaldo técnico para incluir una meta específica para la detección temprana del cáncer de mama en el Plan de Desarrollo Nacional.

A nivel territorial, específicamente en los planes de desarrollo del departamento de Cundinamarca, se observó un comportamiento similar al nacional. En el primer período de gobierno no se definen estrategias para el control del cáncer de mama, mientras que en el segundo periodo de gobierno hay metas y estrategias para la detección temprana del cáncer de mama.

En el nivel municipal, tanto en Chía como en Soacha, se plantearon acciones que están enfocadas, de forma general, al control de las enfermedades no transmisibles y a la promoción de

Para finalizar esta categoría, en la tabla 14 se describe el nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y la territorialización de los instrumentos de acción pública:

Tabla 14

Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización de los instrumentos de acción pública

Territorio	Grado de Territorialidad	Grado de Territorialización	Relación entre la territorialidad y territorialización
Nación	Alto	Alto	<p>Las instituciones nacionales tienen alto nivel de conocimientos técnicos en cáncer de mama.</p> <p>La revisión de las estrategias planteadas evidencia que contar con un modelo para el control del cáncer, facilitó la priorización e inclusión de metas y estrategias en el Plan Decenal de Cáncer 2012-2021 y en el Plan Nacional de Desarrollo.</p> <p>Falta profundizar en su adaptabilidad en los territorios.</p>
Departamento de Cundinamarca	Alto	Alto	<p>Los actores en este nivel se basaron en las estrategias y metas definidas en el nivel nacional, incluyendo sus metas y estrategias en el último plan de gobierno, lo cual denota la influencia importante desde el nivel nacional en las políticas departamentales. Más aún, el cáncer de mama fue prioridad, según los actores, en el departamento.</p>
Municipio de Chía	Medio	Medio	<p>El cáncer de mama es una enfermedad de alto interés, sin embargo, las metas y estrategias planteadas a nivel municipal son genéricas para todos los eventos de salud pública.</p>
Municipio de Soacha	Medio	Medio	<p>Los temas de cáncer están en segundo plano. Las prioridades de intervención están enfocadas hacia las enfermedades transmisibles y las mortalidades maternas perinatales.</p> <p>Se evidenció un conocimiento superficial del PDCC y no se tienen claras las estrategias de detección temprana.</p>

Nota: elaboración propia, 2018

De acuerdo a la tabla 14, es importante anotar que las metas y estrategias definidas en el Plan Decenal de Salud Pública del nivel nacional son de obligatorio cumplimiento para el departamento y el municipio; pero debido a su cantidad y complejidad, desbordan la capacidad del territorio (especialmente de los municipios) para gestionarlas y obtener resultados, limitando la implementación de las mismas. Por consiguiente, el cumplimiento de las metas y estrategias definidas en el PDCC compiten con las definidas en el PDSP, por lo que su alineación es clave para que se logre la territorialización de este instrumento de acción pública en el nivel local.

3.2 CAPACIDAD ADMINISTRATIVA

Esta categoría es una de las más frecuentes en la literatura de implementación, autores como Hill y Hupe hacen referencia a la Gobernanza Operativa, relacionada con las capacidades administrativas para el desarrollo de procesos de implementación de los IAP, a nivel local. Para efectos de esta investigación, este concepto se asocia a la capacidad de los actores para realizar la planificación, ejecución, monitoreo, seguimiento y evaluación, para las estrategias de detección temprana del cáncer de mama. Esto, de acuerdo con sus competencias misionales y el rol asignado de las diferentes instituciones, en cada nivel territorial: nación, departamento y municipio.

En el componente de territorialidad se identificó a la voluntad política de los tomadores de decisión, dentro de los valores más reiterados por los actores, como un factor que influye para la implementación de la LE de DTCM, y se evidencia en el fortalecimiento de la capacidad administrativa de los responsables de dicha implementación.

Por su parte, para el análisis de la territorialización de la categoría de capacidad administrativa, se realizó la observación del rol de las entidades a cargo de la implementación en cuanto a los siguientes factores: Planificación de acciones, Presupuestos asignados, Talento Humano

entrenado, Tecnologías seguras cubiertas por el plan de beneficios, Sistemas de información para el seguimiento, monitoreo y vigilancia de las acciones de detección temprana. Los hallazgos del trabajo de campo se resumen en la tabla 13 de Hallazgos Categoría Servicios de Detección Temprana (Ver Anexos), lo que permitió enriquecer el análisis frente a la territorialidad y la territorialización de esta categoría.

Es así como, en la territorialidad, a nivel nacional y departamental se evidenció una alta voluntad política por parte de los tomadores de decisión, reflejada en: definición de metas en los IAP, desarrollo de herramientas técnicas y sistemas de información, así como, en la movilización social frente a este tema. No obstante, hay cuestionamientos frente a la falta de seguimiento de las EPS y los organismos de vigilancia a las acciones definidas en el PDCC, las cuales se diluyen entre los diferentes niveles territoriales por la diversidad de roles de las instituciones, la falta de claridad en las acciones de seguimiento, las acciones de vigilancia en salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control.

En el municipio de Chía también se evidenció voluntad política frente al desarrollo de las acciones de detección temprana. El hospital cuenta con una infraestructura adecuada y una unidad móvil para toma de mamografías que oferta servicios a todo el departamento; sin embargo, existen dificultades de posicionamiento de imagen asociada a que la población de estratos altos y del régimen contributivo considera que su capacidad se limita a atender la población del régimen subsidiado. Por su parte, en Soacha existen otras prioridades, por lo que el cumplimiento está supeditado a las exigencias básicas del PDSP y la Resolución 412 de 2000 (actividades de detección temprana y protección específica) .

Respecto a territorialización, se observó que los actores hacen énfasis en la importancia de planear y definir metas, así como en la asignación de las mismas en áreas de influencia y según el

perfil epidemiológico del territorio. En general, la capacidad administrativa se sustenta en ser fiel a los instrumentos definidos desde el nivel nacional tales como planes, guías, rutas, indicadores y metas; siendo parte del referencial sectorial de esta política.

En lo relacionado con las fuentes de financiación, las tecnologías de detección temprana están incluidas en el plan de beneficios con cargo a la UPC, aunque los aseguradores manifestaron que estos recursos no son suficientes frente a los costos que implica la implementación de dichas estrategias en la población objeto.

Existen otras fuentes de financiación que permiten educar y canalizar la población hacia los servicios y hacerle seguimiento, pero no hay una buena articulación de recursos, lo que se refleja en acciones fragmentadas en el territorio. En el nivel municipal, hay demoras en los giros de recursos a los prestadores y la mayoría de veces, la contratación se realiza para atender la población de régimen subsidiado. Conviene subrayar que la cercanía a Bogotá genera competencia con la oferta municipal.

En el tema de talento humano, a nivel nacional se han diseñado cursos de entrenamiento a profesionales, pero al territorializar estas herramientas se evidencia una alta rotación de personal. Fue constante la inconformidad expresada por profesionales y técnicos con este tema, pues implica estar capacitando permanentemente nuevo personal para la implementación de las acciones. En los prestadores del nivel municipal se evidenció que no hay personal suficiente para llevar a cabo un programa organizado. Son los mismos profesionales de las instituciones quienes organizan jornadas de autocapacitación para sus colegas.

En términos de la tecnología disponible, Chía tiene mayor oferta de servicios de mamografía y de especialistas que Soacha; factores como dificultades de desplazamiento y seguridad influyen

en esta situación. A nivel municipal también se evidenciaron problemas como uso indebido de los equipos y fallas en la lectura por parte de los radiólogos.

Dentro de las dificultades administrativas para la territorialización de las estrategias de detección temprana, también se encontraron problemas contractuales relacionados con la ausencia de tarifas diferenciales que distingan los costos geográficos para la atención en los lugares alejados y problemas con las bases de datos, que dificultan la ubicación y la facturación de servicios al no ser autorizados por las EPS.

Al mismo tiempo, los actores reconocen y valoran los sistemas de información existentes y enfatizan en la necesidad de mantenerlos actualizados para hacer seguimiento del PDCC. También se analiza que existen diferentes grados de consolidación, las fuentes más reconocidas por los actores son las estadísticas vitales que dan los datos oficiales de mortalidad, los registros poblacionales de cáncer, a partir de los cuales se obtienen estimaciones de incidencia; y los indicadores de las metas de plan de desarrollo. Hay otras fuentes que han tenido mayor dificultad de implementación, como los Registros Individuales de Prestación de Servicios RIPS, y otras más recientes como el Sistema de Vigilancia de Cáncer de Mama del INS, o el reporte de la CAC que permiten medir oportunidades de acceso a servicios y la estadificación al momento del diagnóstico.

La fuente principal de las actividades de detección temprana es la Resolución 4505 de 2012, que exige el reporte a aseguradores y prestadores, y define la capacidad administrativa para alcanzar las coberturas esperadas. Los municipios de Chía y Soacha coinciden con esta apreciación, pero aspectos como el subregistro y la calidad de información les plantea múltiples dificultades para la implementación. En el caso departamental, además de manejarse los sistemas de información ya mencionados, la Secretaría de Salud tiene un sistema propio que permite dar cuenta de su gestión y hacer seguimiento a las acciones que realizan los municipios. A pesar de

esto, el examen clínico no es reportado en ninguna fuente de información por lo que no se puede hacer el seguimiento a la implementación de este procedimiento.

En lo relacionado con la vigilancia en salud pública, esta se desarrolla a partir del diagnóstico de la enfermedad, lo que no permite hacer seguimiento a las acciones anticipatorias relacionadas con la detección temprana. Por su parte, las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud son las encargadas de la inspección, vigilancia y control; sin embargo, esta última institución no cuenta con instrumentos propios de seguimiento, tan solo dispone de la información de las peticiones, quejas y reclamos y las fuentes de información anteriormente descritas. En general, el seguimiento es tardío y no hay una articulación con las entidades del orden nacional y local, lo que permitiría unos mejores resultados.

Tras el análisis de los principales hallazgos encontrados en esta categoría, se identificaron las palabras de mayor frecuencia en los niveles nacional, departamental y municipal en la figura 6:

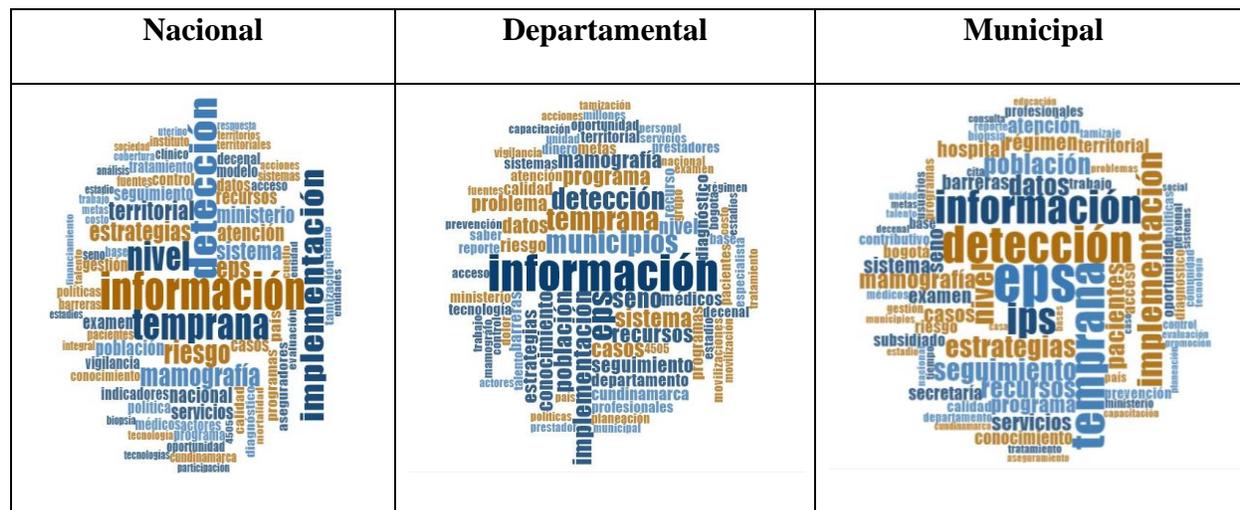


Figura 6 Nubes de palabras categoría ‘Capacidad administrativa’ a nivel nacional, departamental y municipal. Elaboración propia Software N-Vivo 11

La palabra más frecuente en el nivel nacional y departamental fue “información”, esto tiene que ver con la forma como se hace seguimiento y se miden los indicadores de implementación de la política. En segundo lugar, se destacan a nivel nacional las palabras “detección” e “implementación”, mientras que a nivel departamental la palabra más frecuente fue “municipios”, y a nivel municipal fue “EPS”.

Esta frecuencia de palabras nos indica que las preocupaciones son diferentes en los distintos niveles territoriales, en el nivel nacional se asocian a la implementación de la política, mientras que el nivel departamental se centra en su acción frente a los municipios y el nivel municipal hace más referencia a las EPS, correspondiendo a un plano más operativo.

Para finalizar esta categoría, en la siguiente tabla se describe el nivel de cumplimiento de la territorialidad y territorialización de los factores relacionados con la capacidad administrativa.

Tabla 15

Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de capacidad administrativa

Territorio	Grado de Territorialidad	Grado de Territorialización	Relación entre la territorialidad y territorialización
Nación	Alto	Medio	<p>La voluntad política de los tomadores de decisión ha permitido un gran avance en la formulación de las políticas. Esto se refleja en el desarrollo de herramientas técnicas, sistemas de información, fortalecimiento de los procesos de planeación y definición de fuentes de financiación.</p> <p>No obstante, en la territorialización de la política no ha habido un seguimiento constante y coordinado de los procesos de implementación, y no se han tomado medidas correctivas para mejorar los resultados en función de adaptar las tecnologías a los territorios.</p>
Departamento de Cundinamarca	Alto	Medio	<p>El departamento evidenció una voluntad política importante reflejada en asistencia y acompañamiento técnico, sistematización de la información e incidencia frente a la asignación de presupuesto para las movilizaciones que fomentan la detección temprana en los municipios. A pesar de las limitaciones de contratación del talento humano, ha logrado ser un enlace efectivo con los municipios para lograr la territorialización de la política.</p> <p>Una de sus limitantes es la falta de articulación con las áreas encargadas de la vigilancia y control al interior de la Secretaria de Salud con la Superintendencia Nacional de Salud, para hacer una mayor exigencia frente al cumplimiento de las acciones de detección temprana del cáncer de mama.</p>
Municipio de Chía	Alto	Medio	<p>Se evidenció voluntad política expresada en la asignación de recursos para infraestructura, dotación, contratación de personal, entre otros. Sin embargo, la acción pública se circunscribe a un sector de la población (del régimen subsidiado) lo que afecta la territorialización de la política, más aún cuando la mayoría de la población pertenece al régimen contributivo, en donde las autoridades de salud no pueden ejercer sus funciones de gestión de la salud pública.</p> <p>Aunque existe voluntad política existen factores externos que limitan la organización de la red de servicios. Esta no depende del territorio, sino del asegurador por lo que se privilegia la atención en territorios que concentran una mayor oferta y ofrecen mejores tarifas.</p>
Municipio de Soacha	Medio	Medio	<p>No se evidenció voluntad política para el desarrollo de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama, en razón a que la acción gubernamental está enfocada en otras prioridades de mayor visibilidad. No obstante, el municipio ha hecho un esfuerzo importante por medio del Pacto por la salud (en donde participan EPS del régimen contributivo y subsidiado) y mediante la implementación de la estrategia ‘cuadrantes saludables’, canalizando la población en riesgo y buscando facilitar el acceso a servicios.</p> <p>De otra parte, la capacidad instalada del Hospital público de Soacha es muy limitada y los servicios de mamografía para el régimen subsidiado se subcontratan con terceros. Para el caso del régimen contributivo (83% de la población) los servicios son prestados en Bogotá, generando costos económicos y dificultades de acceso geográfico.</p>

Nota: elaboración propia, 2018

En resumen, en esta categoría se evidencia voluntad política en los tomadores de decisión del nivel nacional, departamental y municipal (específicamente en el municipio de Chía), observándose un liderazgo importante por parte del departamento, lo que incide en los procesos de planeación y asignación de recursos financieros a nivel municipal, así como en el seguimiento a las acciones. Esto se diferencia del nivel nacional, en donde se evidenció fragmentación de roles para garantizar el seguimiento adecuado a las metas y estrategias planeadas, lo que afecta la evaluación de la territorialización de la política. Al respecto, se requiere un trabajo progresivo que establezca prioridades y resuelva problemas en la marcha, y que vaya dejando capacidad instalada para que se logre una verdadera implementación territorial.

3.2.1 SERVICIOS DE DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA

Esta es una subcategoría de la Capacidad Administrativa y se concentró en analizar los aspectos propios de la prestación de los servicios de detección temprana, -objeto central de esta investigación- los cuales hacen referencia al conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que buscan identificar posibles casos de una enfermedad o alteraciones del estado de salud dentro de la población en riesgo (Ministerio de Salud, 2000) y pueden ser ofertados por el prestador, cumpliendo los estándares de habilitación establecidos en la Resolución 2003 de 2014. Dichos estándares verifican, entre otros aspectos, el cumplimiento de procesos prioritarios, la existencia de guías de práctica clínica y protocolos de atención, así como la disponibilidad de una red de prestadores, talento humano calificado para la oferta de dichos servicios, entre otros.

Si bien no existen servicios exclusivos para la detección del cáncer de mama, según la Guía de práctica clínica nacional para la detección temprana (Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE-Fedesalud, 2013), el examen clínico de la mama se debe realizar cada año a toda mujer mayor de 40 años, como parte de la valoración clínica

durante la consulta médica a la que asista, utilizando un método estandarizado y por médicos debidamente entrenados. Entre tanto, la mamografía para detección temprana se debe realizar cada dos años a toda mujer de 50 a 69 años. Estas pruebas siempre se deben realizar como parte de un programa organizado de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama.

En el análisis de la territorialidad asociada a los servicios de detección temprana, se tuvieron en cuenta los factores relacionados con: la asequibilidad, entendida como la percepción de los actores frente a la disponibilidad de las pruebas para detección temprana del cáncer de mama, y la accesibilidad entendida como la facilidad de acceder a los servicios de detección temprana por parte de las mujeres.

Para el caso de la territorialización se analizó cómo se plasman las estrategias de detección temprana, lo cual se evidencia al examinar el proceso de prestación de los servicios, y se refleja en las intervenciones de educación, examen clínico de la mama, canalización y realización de mamografía; estas acciones, según la meta del PDCC, deben tener una cobertura por encima del 70% para el año 2021. El éxito de la implementación se mide mediante el porcentaje de mujeres identificadas en estadios tempranos del cáncer de mama, el cual según la meta del PDCC deberá estar por encima del 60% en el año 2021.

Los hallazgos del trabajo de campo se resumen en la tabla 14 (Ver Anexos) de Hallazgos Categoría Servicios de Detección Temprana, lo que permitió enriquecer el análisis frente a la territorialidad y la territorialización de esta categoría.

Es así como, desde el nivel nacional existen recomendaciones claras frente a la realización del examen clínico y la mamografía -dadas por la guía de práctica clínica para cáncer de mama- que permiten organizar la atención y dar continuidad al diagnóstico y tratamiento oportuno de esta

enfermedad. Para ello, se requiere garantizar la disponibilidad del talento humano, como médicos generales y especialistas entrenados, además de contar con equipos de mamografía y que la población tenga acceso a estos. Varios actores perciben que, si desde el Gobierno Nacional o Departamental no se logra organizar la oferta de estos servicios, difícilmente se logrará una implementación a nivel territorial.

Desde la formulación del PDCC, los actores evidencian la falta de un trabajo conjunto con las mujeres para conocer sus expectativas e involucrarlas en el autocuidado de su salud. También se considera que inicialmente no se debió plantear una implementación de pruebas a nivel nacional, sino contemplar un proceso de escalamiento, gradualidad y adaptabilidad a las condiciones geográficas y socioculturales. Aquí se observa una ruptura entre los valores sociales y la acción pública reflejada en dificultades de acceso a los servicios, afectando el éxito de la implementación.

Al bajar la política al territorio se encontraron mensajes diferentes a las recomendaciones de las Guías, cuestionamientos sobre las intervenciones en la reducción de la mortalidad y poca importancia a la realización del examen clínico, al no considerarse una tecnología en salud, susceptible de ser registrada y facturada. Esto denota falta de acompañamiento desde el nivel nacional y departamental.

Dentro las barreras de acceso se destacaron el desconocimiento de las pruebas y el miedo al diagnóstico de la enfermedad, especialmente en las mujeres del régimen subsidiado. Otras barreras que se evidenciaron fueron: que la mamografía se haga fuera de su lugar de residencia, el requisito de asistir a consulta médica para solicitar la orden del procedimiento, demoras en las autorizaciones por parte de las EPS, tramites adicionales si se les ordena una biopsia, y dificultad para conseguir las citas e incumplimiento de las actividades extramurales programadas.

La Secretaria de Salud de Cundinamarca ha trabajado en desmitificar barreras de tipo cultural, brindando educación a las usuarias durante las movilizaciones que se realizan en los municipios. En Soacha se encontraron barreras de tipo cultural y económico, mientras que en Chía las barreras son más de tipo administrativo, asociadas a las autorizaciones de servicios y a dificultades con la contratación con las EPS.

En la territorialización de la política se analizó la proporción de mujeres con mamografía de la fuente reportada por los aseguradores (Resolución 4505), encontrándose un subregistro importante en este procedimiento. Desde el año 2014 al 2017 se evidenció un aumento en el porcentaje de mujeres con mamografía, pero el cumplimiento en general fue bajo. En la tabla 16 se observa un mayor cumplimiento en el municipio de Soacha, seguido de Chía, estando ambos por encima del nivel nacional. Para leer el último lugar del departamento de Cundinamarca, se debe tener en cuenta el alto número de municipios y zonas dispersas que tiene el departamento.

Tabla 16

Proporción de mujeres de 50 a 69 años que han tomado la mamografía en los dos últimos años.

Territorio /Año	2014	2015	2016	2017
Nación	6,01%	13,35%	16,32%	19,23%
Cundinamarca	5,45%	10,55%	14,87%	16,41%
Soacha	12,04%	18,45	25,43	28,75
Chía	8,92%	18,37%	22,82%	24,41%

Nota: Reporte Actividades de PEDT Resolución 4505 del 2018

Desde la perspectiva de los actores entrevistados, esta fuente de información denota serias dificultades asociadas al subregistro y a la falta de seguimiento a la calidad del dato, por lo que se requiere un mayor tiempo para mejorar su calidad frente al monitoreo y seguimiento adecuado a este indicador. Existen otras fuentes como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015

(Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2015) que muestra un mejor comportamiento del indicador nacional, calificado dentro de un cumplimiento alto correspondiente al 62,5%, (para las mujeres de 50 a 69 años). Para el caso de Cundinamarca el porcentaje de mujeres con mamografía corresponde al 56,3% en todas las edades.

De otro lado, la proporción de mujeres en estadios tempranos del cáncer de mama se convierte en el indicador trazador que permite medir el éxito de la implementación de las estrategias de detección temprana. Aunque los datos de la Cuenta de Alto Costo son recientes e incompletos, (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 1) por lo que no se pueden analizar a profundidad teniendo en cuenta que un importante número de registros fueron descartados por ausencia de datos.

A pesar de lo anterior, el cumplimiento de este indicador para el nivel nacional y el municipio de Chía, según los criterios definidos en esta investigación, fue medio, mientras que en el departamento de Cundinamarca y el municipio de Soacha fueron bajos, con lo que se infiere que siguen detectándose las mujeres en estadios avanzados. En la tabla 17 se comparan los años 2015 y 2016, donde el comportamiento del indicador a nivel nacional y en Chía mejoró en el último año, mientras que en Cundinamarca y Soacha disminuyó. Cabe aclarar que se requieren más de cinco años para poder observar una tendencia real de este indicador.

Tabla 17

Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA).

Territorio /Año	2015	2016
Nación	42,90%	43,10%
Cundinamarca	43,40%	35,40%
Soacha	40,00%	13,30%
Chía	42,86%	60%

Nota: Cuenta Alto Costo 2018

En la figura 7 se encuentra que en los niveles nacional y municipal la palabra más frecuente fue “detección”; a nivel municipal esta palabra se identificó en menor grado, en comparación con la palabra “mamografía”, lo que permite ver la importancia específica que se le da a esta prueba de detección. De igual manera, el tema de “información” fue más visible a nivel nacional, quizás por el grado de análisis de indicadores el cual fue mayor en este grupo de actores.

En el nivel departamental y municipal, la palabra “autorizaciones” no fue tan visible en esta categoría, tampoco las palabras “gestión” y “procesos”, dado que estos temas son más de tipo administrativo. Llama la atención que no fueron tan visibles las palabras “estadios” y “avanzados” teniendo en cuenta que se revisaron los aspectos relacionados con la estadificación al momento del diagnóstico de la enfermedad.

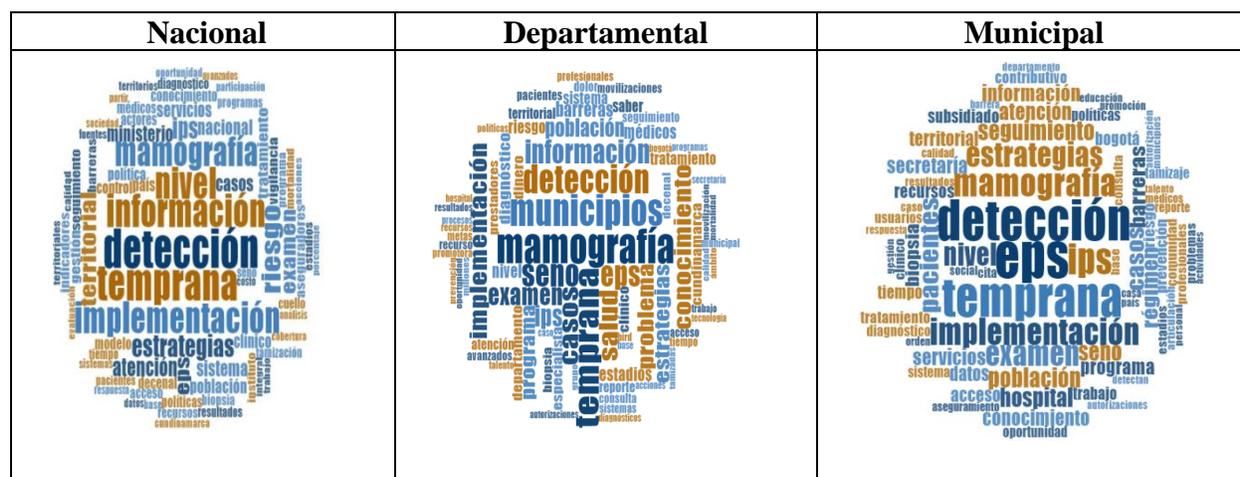


Figura 7 Nubes de palabras categoría Servicios de Detección Temprana del cáncer de mama a nivel nacional, departamental y municipal. Elaboración propia Software N-Vivo 11

Para finalizar esta categoría, en la siguiente tabla se describe el nivel de cumplimiento de la territorialidad y territorialización de los factores relacionados con los servicios de detección temprana.

Tabla 18

Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de servicios de detección temprana.

Territorio	Grado de Territorialidad	Grado de Territorialización	Relación entre la territorialidad y Territorialización
Nación	Medio	Medio	<p>Desde la disponibilidad de pruebas se evidenció falta de liderazgo para apoyar la organización de la oferta, al igual que poca gestión frente a la disminución de barreras de acceso.</p> <p>Algunas de estas barreras son de directa intervención por el sector salud, como son las demoras en las autorizaciones, la falta de una red que tenga en cuenta aspectos geográficos, entre otras.</p> <p>Esto a nivel de la territorialización del IAP, da como resultado coberturas de mamografía con calificación baja, aunque alrededor del 40% de las mujeres fueron diagnosticadas en estadios tempranos en los años 2015 y 2016, teniendo una calificación media para este indicador trazador.</p>
Departamento de Cundinamarca	Medio	Bajo	<p>En Cundinamarca se evidenciaron esfuerzos para movilizar la acción de los municipios, pero la disponibilidad de mamógrafos para todo el territorio es deficiente y el aislamiento geográfico es una barrera por el costo que representa.</p> <p>Hay barreras socioculturales que inciden en diagnósticos tardíos, reflejándose en la territorialización con coberturas bajas.</p> <p>La proporción de mujeres con estadios tempranos disminuyó a 35,4% en el 2016, con respecto al 2015 que fue de 43,49%, lo que corresponde a una calificación baja.</p>
Municipio de Chía	Medio	Medio	<p>En Chía se evidenció buena disponibilidad de pruebas, pero persisten barreras de tipo administrativo en la organización de la red de servicios por parte del asegurador que privilegia la atención en Bogotá.</p> <p>El comportamiento de los indicadores de obertura de mamografía fue bajo y la estadificación en estadios tempranos fue media (correspondiente a 42,86 en 2015 y 60% en 2016).</p>
Municipio de Soacha	Bajo	Bajo	<p>En Soacha se encontró falta de disponibilidad de mamógrafos, y barreras de acceso geográfico y sociocultural reflejadas en la territorialización con coberturas bajas (mejores que en otros territorios) y estadificación en estadios tempranos baja, 40% en 2015 y 13% en 2016, por lo que el cumplimiento en el indicador fue bajo, con una disminución significativa en el 2016.</p>

Nota: elaboración propia, 2018

Se encontraron fallas en la formulación de la política al no haber una definición clara de cómo asegurar la oferta de servicios, poco acompañamiento desde el nivel nacional y serias dificultades en la adaptabilidad de las estrategias a los entornos geográficos; así como factores sociales y culturales que influyen en el acceso a los servicios de salud. Aquí se observa una confrontación con el sistema de valores del territorio, el cual requiere un estudio a profundidad para poder identificar su relación directa con la territorialización de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama.

3.3 Participación social

Esta categoría se fundamenta en los planteamientos de Sabatier y Mazmanian, que incluye dentro de las condiciones de efectividad de implementación, el apoyo político y social que hace referencia a la necesidad de contar con la participación de grupos organizados, a fin de cumplir con los objetivos de la política.

Para efectos de esta investigación, se analizaron los factores que inciden en la utilización de los mecanismos de participación social, en relación con la detección temprana del cáncer de mama. En este sentido, en la territorialidad se examinaron aspectos relacionados con la visibilidad de las organizaciones de mujeres y como estas influyen en la utilización de los mecanismos de participación. Esto se expresa en la presencia territorial, el nivel de incidencia en espacios de toma de decisiones y la cobertura de acciones que realizan de estas organizaciones, para promover acciones de detección temprana.

En el caso de la territorialización, se examinaron los mecanismos de participación que utilizan las usuarias para exigir el acceso a los servicios de detección temprana del cáncer de mama (quejas,

tutelas, etc.). Así mismo, la participación de la comunidad organizada (ligas de usuarios, veedurías, etc.) en procesos de planeación e implementación de la detección temprana.

Es así como, durante el trabajo de campo, se encontraron importantes hallazgos que se resumen en la tabla 15 de Hallazgos en la Categoría Participación Social (Ver Anexos), lo que permite enriquecer el análisis frente a la territorialidad y la territorialización de esta categoría.

De esta manera, desde la perspectiva de los actores se evidenció una movilización importante desde las campañas a nivel mundial, con financiación del sector privado, que periódicamente buscan poner en la agenda pública la problemática del cáncer de mama. A nivel nacional también se encontraron diversas fundaciones que realizan campañas y jornadas de movilización con las mujeres, aunque tienen mayor concentración en las ciudades principales. La organización con mayor posicionamiento a nivel nacional es la Liga Contra el Cáncer, ofreciendo servicios de salud, educación y jornadas de sensibilización sobre la detección temprana.

En cuanto a la incidencia en las políticas nacionales, no se evidencia en forma directa, pero sí se logra a través de la movilización en los medios de comunicación y durante los espacios que generan las instituciones de salud (capacitación, rendición de cuentas, etc.) a los cuales son invitados. La mayoría de estas organizaciones están dedicadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, han hecho autoaprendizaje acerca de las políticas existentes para poder interactuar con los tomadores de decisión, percibiendo que los cambios de gobierno en los territorios, influyen de manera importante en la falta de continuidad de las acciones y en el apoyo que se les brinde a las actividades propuestas.

Desde el nivel departamental, la territorialización de la participación social se evidencia a través de las movilizaciones que se hacen en los municipios, en donde se ha logrado la voluntad política

de los gobernantes, las primeras damas y la participación de las asociaciones de mujeres en las capacitaciones y en las jornadas de detección del cáncer de mama.

A nivel municipal, en el caso de Chía también se han realizado movilizaciones de manera conjunta con la Secretaria Departamental. Se resalta el trabajo con las ligas de usuarios del hospital, pero aducen falta de recursos para que se haga una mayor presencia en todo el municipio. No se evidencia un trabajo importante con la población del régimen contributivo, por lo que es uno de los retos que debe enfrentar el municipio, involucrando a todos los sectores de la sociedad.

En Soacha se presentan quejas asociadas a los temas de acceso a la atención. Esto puede tener dos interpretaciones: uno, que hay un mayor conocimiento de estos mecanismos para hacer valer los derechos de los usuarios; y dos, que hay fallas profundas en la prestación de servicios. Independientemente, se puede inferir que el hecho de presentarse un alto volumen de quejas puede significar que la población está informada sobre el uso de estos mecanismos de participación.

También se evidenció que en la comunidad hay varios grupos organizados de la sociedad civil, que junto a las diferentes instituciones se encuentran trabajando de manera conjunta en el Pacto por la salud, pero requieren un mayor apoyo desde el nivel departamental y nacional, para el abordaje de los determinantes sociales desde un trabajo intersectorial.

En el análisis de las palabras más frecuentes en esta categoría, se encontró en el nivel nacional, departamental y municipal la palabra “implementación”, evidenciándose que los actores coinciden en que la política se encuentra en dicha fase, configurándose la existencia de un referencial sectorial, plasmado en el PDCC. En segundo lugar, en el nivel nacional la palabra “información” fue más visible entendiéndose esta como un elemento para la comunicación y educación. Por último, a nivel nacional, departamental y municipal se encontró la palabra “mamografía”,

Tabla 19

Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de Participación social.

Territorio	Grado de Territorialidad	Grado de Territorialización	Relación entre la territorialidad y territorialización
Nación	Medio	Bajo	Las organizaciones que promueven la detección temprana del cáncer de mama son reconocidas a nivel nacional, con énfasis en las ciudades principales. En la territorialización no se evidencia una interacción permanente con las instituciones del nivel nacional, buscando incidir en políticas públicas. La participación se limita a espacios puntuales a los que se convocan las organizaciones más representativas del nivel nacional.
Departamento de Cundinamarca	Medio	Bajo	Las organizaciones de la sociedad civil son limitadas en el territorio, las que existen se concentran en temas de educación contrarrestando los vacíos de conocimiento que tienen las mujeres especialmente de zonas dispersas del departamento. No se evidenciaron espacios de participación a nivel departamental que permitan ver la territorialización de este componente.
Municipio de Chía	Bajo	Bajo	No hay reconocimiento de las organizaciones de la sociedad civil, pero si hay eventos puntuales en donde se visibiliza la detección del cáncer de mama, los cuales no se realizan de manera continua y tampoco incluyen a la población de régimen contributivo. Tampoco se evidencia el uso de mecanismos de participación para exigir sus derechos en cáncer de mama.
Municipio de Soacha	Medio	Medio	El reconocimiento de las organizaciones de sociedad civil que trabajan en cáncer de mama es limitado, se encuentran grupos comunitarios que participan en el control social de los servicios de salud. Se evidenció un alto número de quejas relacionadas con el acceso a la atención, por lo que se infiere que la población utiliza los mecanismos de participación ante las fallas de los servicios de salud, las cuales no se pudo especificar si están directamente relacionadas con cáncer de mama.

Nota: elaboración propia, 2018

En general, la participación social fue una categoría que tuvo una menor percepción de cumplimiento. Aunque hay una importante movilización a nivel mundial y nacional sobre el cáncer de mama, las actividades que se desarrollan no son continuas y puede haber diferencias en los mensajes que se dan en los distintos niveles territoriales, lo que a su vez genera confusión a las mujeres. Tampoco se evidenció claramente si los mecanismos de participación están directamente relacionados con el acceso a servicios de manera genérica o específicamente para cáncer de mama, lo que influye de manera importante en el posicionamiento de los instrumentos de acción pública en el territorio.

3.4 Coordinación Intrasectorial

Haciendo referencia al marco teórico y conceptual, Muller y Surel citados por Jolly (2007) mencionan que la gobernanza:

(...) ya no pasa por la acción de una élite político-administrativa relativamente homogénea y centralizada (...) sino por la puesta en marcha de coordinación multi-niveles y multi-actores cuyo resultado, siempre incierto, depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio de sentido común, movilizar competencias con orígenes diferentes e implementar formas de responsabilización y legitimación de las decisiones. (pág. 96)

En ese mismo sentido, también se tuvo en cuenta el concepto planteado por el Ministerio de Salud de Chile (2013), respecto a que la coordinación Intrasectorial tiene que ver con las acciones dirigidas a involucrar paulatinamente a los diferentes actores de un sector específico -en este caso, salud- “en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta.” (pág. 16)

Para analizar esta categoría, en el componente de territorialidad se tuvo en cuenta si existían intereses compartidos por las diferentes instituciones y la sociedad civil organizada, y su influencia en la coordinación de las acciones a nivel nacional y territorial.

Por su parte, en la territorialización de la coordinación Intrasectorial se analizaron los mecanismos y los diferentes espacios para la coordinación de la planeación e implementación de las estrategias de detección temprana en las diferentes instituciones, desde el nivel nacional, departamental y municipal.

Los hallazgos del trabajo de campo se encuentran resumidos en la tabla 16 de Hallazgos en la Categoría de Coordinación Intrasectorial (Ver Anexos) lo que permite enriquecer el análisis frente a la territorialidad y la territorialización de esta categoría.

En cuanto a los actores del nivel nacional, estos tienen el Plan Decenal para el Control del Cáncer como eje articulador que define unos objetivos específicos para la detección temprana de la enfermedad. No obstante, se evidenció poca articulación, fragmentación y duplicidad en las actividades que se realizan.

Existen casos puntuales en donde el Ministerio y el INC han trabajado de manera conjunta, pero no está establecido un espacio periódico para realizar dicho proceso de articulación, el cual debería darse, según lo definido en el PDCC, en el marco de un Comité de Evaluación y Seguimiento conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto Nacional de Salud. Este comité no fue reconocido por los actores participantes.

Algunos actores plantean que los espacios de interacción que se dan entre las instituciones del nivel nacional son más de tipo político que técnico, percibiéndose la falta de bases técnico-científicas que den soporte a las discusiones que se plantean.

En el nivel territorial, algunos actores perciben que las Secretarías de Salud departamentales y municipales han perdido su liderazgo y rectoría en el territorio. Esta problemática se suma a la falta de continuidad en las políticas cuando se dan cambios de gobierno, además de la poca interacción entre las EPS, IPS y, en menor medida, con las que pertenecen al régimen contributivo y al sector privado. Esto impide que pueda hacerse un seguimiento adecuado a la implementación de las estrategias de detección temprana.

Igualmente, algunos representantes de la sociedad civil manifestaron dificultades para que sus organizaciones se articulen entre ellas mismas, y con las EPS e IPS, situación que se da al tener objetivos e intereses distintos frente a la detección del cáncer de mama.

Para el caso particular de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, se tiene la percepción de que esta institución es dinamizadora del trabajo que realizan las Secretarías de Salud municipales y las EPS en cáncer de mama, luego es positivo el balance frente a la coordinación intrasectorial.

A nivel municipal, especialmente en el municipio de Chía, existen dificultades de articulación, especialmente con las EPS de régimen contributivo que tienen sede en Bogotá, por lo que se hace difícil hacer seguimiento y articular acciones. Aunque en el municipio de Soacha se ha trabajado en un Pacto por la salud para mejorar el acceso a los servicios, las acciones frente al cáncer de mama han sido puntuales y no se evidencia permanencia en el tiempo.

De otra parte, al analizar las palabras más frecuentes en la categoría de coordinación Intrasectorial, la palabra “información” es más visible en el nivel nacional, departamental y municipal; esto denota que para los actores es un elemento importante para la coordinación de las acciones. En segundo lugar, se encontró la palabra “implementación” en el nivel nacional y departamental, dándose una coincidencia frente a las acciones que se pretenden coordinar. Las palabras “pacientes” y “seguimiento” fueron las más reconocidas en el nivel municipal, esto asociado a las competencias propias del nivel municipal relacionadas con el contacto directo con las usuarias.

En general, llama la atención que la palabra “articulación” fue poco visible tanto en el nivel nacional como en el departamental, mientras que la palabra “coordinación” solo se encontró en el nivel departamental. La figura 9 resume lo expuesto.

Territorio	Grado de Territorialidad	Grado de Territorialización	Relación entre la territorialidad y territorialización
Municipio de Chía	Medio	Bajo	La territorialización es limitada pues no se encontraron espacios concretos de articulación. Si bien se perciben intereses comunes entre Secretaría de Salud e IPS, pero es baja la interacción con las EPS, especialmente del régimen contributivo.
Municipio de Soacha	Medio	Medio	Existe un espacio de articulación que permite la territorialización de la política en el marco del Pacto para la salud; sin embargo, algunos actores manifestaron que el componente de cáncer de mama no es prioritario, pues existen múltiples problemáticas que allí se abordan y los participantes tienen diferentes intereses.

Nota: elaboración propia, 2018

En resumen, en esta categoría de coordinación intrasectorial se observó que, más allá de contar con una política explícita con objetivos y metas claras en los planes de desarrollo, se requiere crear mecanismos que permitan alinear los intereses interinstitucionales, ya que estos intereses se dan por la prioridad que establece quién toma las decisiones según el periodo de gobierno específico, convirtiéndose en un factor que afecta de manera importante la implementación.

Aquí juega un papel importante la sociedad civil, pues ella puede potenciar los espacios de participación ya instaurados e incidir en la priorización e implementación de estas políticas. El caso de Soacha es un ejemplo para realizar esta acción de potenciación.

Finalmente, a partir del análisis de cada una de las categorías descritas anteriormente, se hizo un comparativo, teniendo en cuenta los factores asociados a la territorialidad y territorialización de la Línea Estratégica de detección temprana de cáncer de mama. En ese sentido, las categorías que mayor nivel de cumplimiento tuvieron en la territorialidad fueron:

- Los instrumentos de acción pública a nivel nacional y departamental. Esto se relaciona con las funciones propias de estas entidades que tienen como misión el establecimiento de políticas que

respondan a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, en cumplimiento del derecho fundamental a la salud.

- En segundo lugar, estuvo la categoría de capacidad administrativa, obteniendo un alto grado de cumplimiento desde el nivel nacional al municipal, específicamente, en el factor relacionado con la voluntad política de los tomadores de decisión. Este fenómeno es interesante ya que esto permite una mayor asignación de recursos que permite agilizar los procesos de implementación en cada nivel territorial. Este comportamiento también se asocia con la categoría de coordinación intrasectorial, que, para el caso del departamento, tuvo un alto grado de implementación.

En el nivel municipal, llama la atención que en Soacha las mujeres siguen identificándose en estadios avanzados de la enfermedad, a pesar de la mejora en las coberturas de detección temprana con mamografía; por lo tanto, la categoría de servicios de detección temprana tuvo un grado de implementación bajo. Esto sumado a que existen mecanismos de coordinación intrasectorial, pero no tienen establecidas acciones continuas que permitan potenciar las acciones de detección temprana del cáncer de mama.

Para una mejor visualización del comportamiento de las categorías en los territorios, en la tabla 21 se observa en color más intenso las categorías con mayor cumplimiento, y se hace un panorama del avance en el cumplimiento desde la perspectiva de los actores, buscando identificar oportunidades de mejora para que los diferentes actores, según su nivel territorial, puedan optimizar su acción pública y obtener mejores resultados en la detección temprana del cáncer de mama.

Tabla 21

Territorialidad de las estrategias de detección temprana

Categoría	Nación	Departamento de Cundinamarca	Municipio de Chía	Municipio de Soacha
Instrumentos de Acción Pública	Alto	Alto	Medio	Medio
Capacidad Administrativa	Alto	Alto	Alto	Medio
Servicios de Detección Temprana	Medio	Medio	Medio	Bajo
Participación Social	Medio	Medio	Bajo	Medio
Coordinación Intrasectorial	Medio	Alto	Medio	Bajo

Nota: elaboración propia, 2018

Por su parte, en la territorialización de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama se evidenció un alto nivel de cumplimiento en la categoría de Instrumentos de Acción Pública. Se relaciona con la definición de metas específicas en los planes de desarrollo nacional y departamental, asegurando que se priorice el tema de detección temprana del cáncer de mama, asociado al mandato que desde el PDSP y PDCC se dio para el último periodo de ese gobierno.

La capacidad administrativa tuvo un grado de cumplimiento medio en todos los niveles territoriales. A nivel nacional y departamental se relaciona con la dificultad en las acciones de seguimiento y la realización de acciones correctivas; mientras que a nivel municipal se debe a las dificultades para organizar un programa de tamizaje que garantice cobertura, calidad y continuidad. Esto se refleja en el grado de cumplimiento medio de los servicios de detección

temprana en el nivel nacional y la calificación baja para el departamento de Cundinamarca y los municipios de Chía y Soacha. La tabla 22 lo expone se la siguiente manera.

Tabla 22

Territorialización de las estrategias de detección temprana

Categoría	Nación	Departamento de Cundinamarca	Municipio de Chía	Municipio de Soacha
Instrumentos de Acción pública	Alto	Alto	Medio	Medio
Capacidad Administrativa	Medio	Medio	Medio	Medio
Servicios de Detección Temprana	Medio	Bajo	Medio	Bajo
Participación Social	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
Coordinación Intrasectorial	Medio	Medio	Bajo	Medio

Nota: elaboración propia,2018

También se observó un grado de cumplimiento bajo en la categoría de participación social, en los niveles nacional, departamental y municipal, con excepción del municipio de Soacha. Es preciso que desde el nivel nacional se fortalezcan las capacidades para la participación social, lo que implica un mayor empoderamiento y capacitación en las mujeres para mejorar su rol en la implementación de las estrategias de detección temprana y poder hacer exigibles sus derechos.

En cuanto a la coordinación intrasectorial, el nivel de cumplimiento de implementación fue medio para el nivel nacional, departamental y municipal, excepto el municipio de Chía que obtuvo bajo. Esto evidencia dificultades en la utilización de los mecanismos de coordinación, que podrían mejorarse si se utilizan sistemas de información -valorados de manera importante- que permitan hacer seguimiento conjunto y plantear oportunidades de mejora en la implementación.

De otra parte, partiendo del planteamiento de Monnet, citado por Jolly en Cuervo (2014), sobre la interdeterminación entre el territorio, territorialidad y territorialización, se encontraron diferencias en el sistema de valores planteados en cada nivel territorial (nación, departamento y municipio) y ruptura entre el nivel nacional y municipal, principalmente por la poca capacidad administrativa para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud. Allí también se ilustra una alineación importante del nivel nacional y departamental en factores como la priorización del cáncer de mama (basada en el análisis de la situación en salud y el reconocimiento del problema y las estrategias para su control) y la voluntad política de los tomadores de decisión. La figura 10 lo ilustra de la siguiente manera:

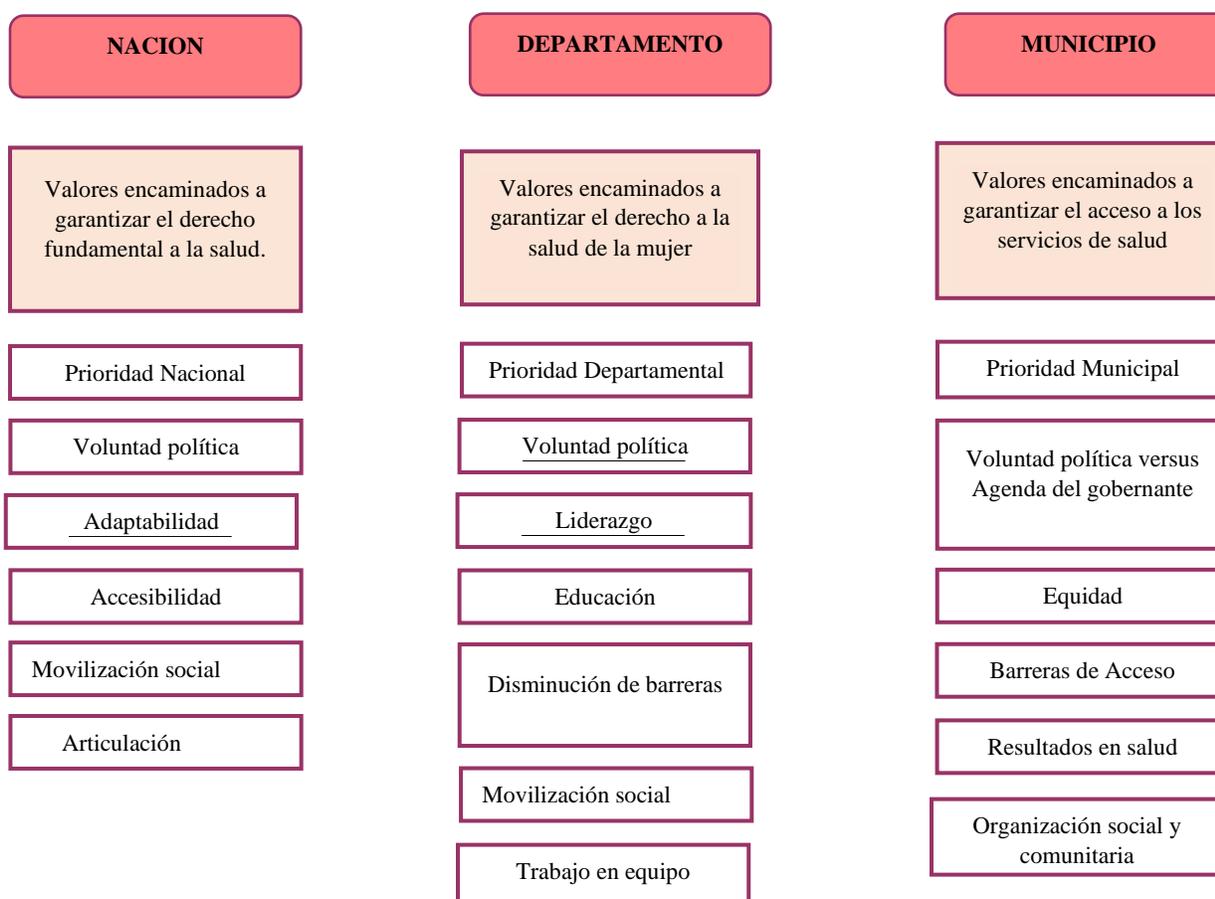


Figura 10. Indeterminación entre territorio (nación, departamento y municipio) y territorialidad para la línea estratégica de la detección temprana del Cáncer de mama en Colombia. Elaboración propia, 2018.

Es así como en el nivel nacional, los valores se fundamentan en dar cumplimiento al derecho fundamental a la salud, estableciendo prioridades que, para el caso del cáncer de mama, han sido puestas en la agenda pública desde la expedición de la Ley 1384 del 2010, y la formulación de los PDSP y PDCC.

En el nivel departamental estos valores se fundamentan en el derecho a la salud, y se observa que se hace énfasis en el derecho a la salud de la mujer. En el nivel municipal se hace efectivo el ejercicio de autonomía territorial y se priorizan otros valores asociados a dar respuesta al acceso a los servicios de salud y buscar resultados en esta área y en la sostenibilidad financiera.

La figura 11 muestra la conjugación del territorio, territorialidad y la territorialización de la acción pública. En ella se esquematizan las categorías y factores (los cuales tienen diferentes colores) que tuvieron un grado de territorialidad y territorialización alto, y se visualizan en cada nivel territorial.

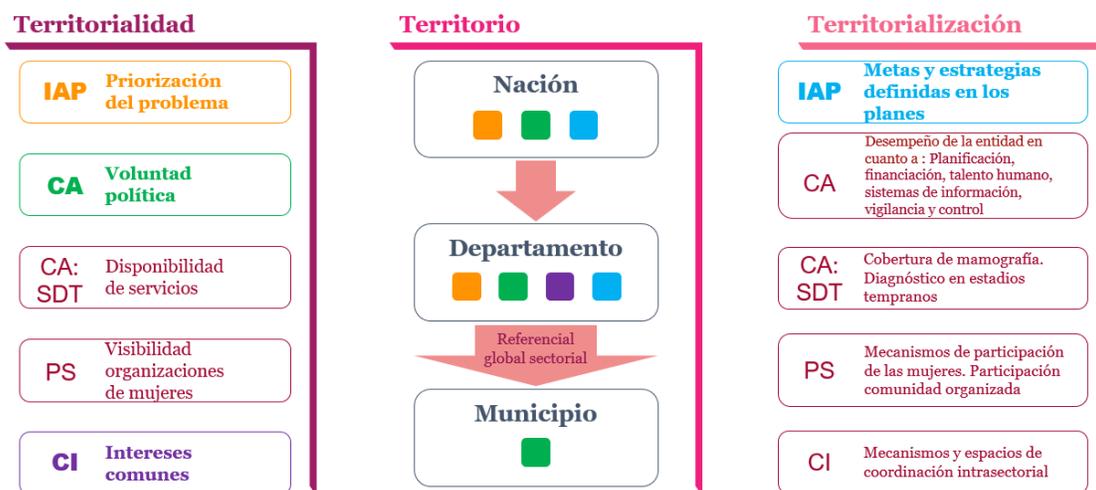


Figura 11. Factores con un grado de implementación alto en el nivel nacional departamental y municipal. Elaboración propia, 2018

De esta manera, en el nivel nacional las categorías y factores que tuvieron mayor cumplimiento fueron: la priorización del problema, las metas y estrategias definidas en los planes (para la categoría de instrumentos de acción pública) y la voluntad política (para la categoría de capacidad administrativa). En el nivel departamental, además de las categorías y factores que se evidenciaron en el nivel nacional, se encontró el factor ‘intereses comunes’ que corresponde a la categoría de coordinación intrasectorial. Mientras que, en el nivel municipal, el factor que tuvo mayor cumplimiento fue la voluntad política como parte de la categoría de capacidad administrativa.

La categoría de coordinación intrasectorial sólo se vio reflejada en el nivel departamental, lo cual es positivo, teniendo en cuenta que el departamento se puede configurar como un referencial global intermedio clave (visualizándose en una flecha ancha) para la territorialización de la política desde el nivel nacional al municipal.

Así, se comprueba la hipótesis de esta investigación que, siguiendo el enfoque de territorialización planteado por Jolly, afirma que la insuficiente capacidad administrativa (con una calificación media en la territorialización de la política), así como la falta de coordinación intrasectorial entre los actores del sistema de salud (incluyendo Entidad territorial, EPS, IPS, organizaciones sociales y comunitarias junto a los organismos de vigilancia y control), la cual obtuvo calificación media y baja (esta última en el municipio de Chía); son los factores que más limitan la implementación de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama en todos los niveles territoriales. Sin embargo, se configura un referencial global intermedio en el nivel departamental, lo que puede condicionar positivamente a los tomadores de decisión para que se genere voluntad política en la implementación de las acciones en el territorio.

4. Conclusiones

De acuerdo con el análisis político y normativo, el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, corresponde a un instrumento de acción pública del orden nacional, de tipo indicativo, que define unas metas y actividades explícitas, así como unas responsabilidades para cada uno de los actores del SGSSS, sirviendo de referencia para la planeación a nivel nacional, departamental y municipal. Dentro de sus líneas estratégicas, está inmersa la detección temprana del cáncer de mama, cuyas acciones están basadas en la evidencia científica y son un pilar fundamental para la atención integral de esta enfermedad.

No obstante, en el proceso de implementación de dicha Línea estratégica se evidenció que los actores del nivel nacional actúan en una lógica sectorial y cuando se enfrentan a la necesidad de territorializar las acciones, encuentran serias dificultades para bajar las intervenciones de lo nacional a lo territorial; asociadas a factores como la insuficiente capacidad administrativa, la falta de mecanismos de coordinación y de seguimiento continuo al cumplimiento de las metas y actividades propuestas.

Aunado a lo anterior, el Plan Decenal para el control del Cáncer 2012-2021 se traslapa con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, que es un plan de mayor jerarquía con metas y estrategias que, debido a su cantidad y complejidad, desbordan la capacidad de los territorios (especialmente de los municipios) para gestionarlas y obtener resultados.

De otra parte, la utilización del esquema de análisis de políticas públicas en el territorio, planteado por Jolly, fue de gran utilidad en esta investigación, pues permitió cruzar las variables estudiadas por diferentes autores del proceso de implementación, con la mirada desde el territorio

y analizar cómo se conjuga lo sectorial y lo territorial para que se de la territorialización de la acción pública. También permitió identificar los factores poco visibles en la implementación de las políticas, relacionados con el sistema de valores de una sociedad, que influyen de manera importante en el cumplimiento de los resultados esperados en el territorio.

En cuanto a los factores relacionados con la territorialidad de la línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama, se identificaron ciertos valores atribuidos por los actores al territorio, relacionados con: la prioridad dada a las acciones de detección temprana, la voluntad política de los tomadores de decisión, la importancia de la accesibilidad a los servicios de detección temprana, la movilización social y la articulación de actores en torno a intereses comunes, los cuales al ser analizados crean rupturas y desfases en la territorialización de la Línea estratégica de detección temprana.

De esta manera, se encontraron diferencias en la concepción de los valores atribuidos al territorio (dependiendo de su correspondencia con el nivel nacional, departamental o municipal), evidenciándose que los actores del nivel nacional crean su sistema de valores en el “deber ser”, teniendo como base el cumplimiento de su rol que es formular políticas e instrumentos de acción pública que garanticen el derecho fundamental a la salud. Entre tanto, los municipios se enfrentan al “hacer”, con lógicas territoriales en donde se prioriza el acceso a los servicios de salud, encontrándose limitaciones por barreras de tipo social, cultural y administrativas que obstaculizan la territorialización de los instrumentos de acción pública. Configurándose así, el referencial territorial, con diferentes miradas sobre la realidad que se quiere intervenir, de acuerdo con el territorio en donde se está ubicado.

En el análisis de la territorialidad, también se identificaron dificultades o barreras de acceso a los servicios de detección temprana del cáncer de mama, como: el desconocimiento de las pruebas

y el miedo a que se les diagnostique la enfermedad, especialmente en las mujeres del régimen subsidiado, esto último ligado al sistema de valores y al bajo nivel educativo de esta población (aspecto ya estudiado por otros investigadores y evidenciado en el estado del arte). También se resalta el hecho que la mamografía se haga fuera de su lugar de residencia, como una barrera de acceso geográfico que afecta la implementación (esto último depende del asegurador y se encontró con mayor énfasis en el municipio de Soacha).

De otra parte, también se evidenciaron barreras de acceso administrativas como: el requisito previo de asistir a consulta médica para solicitar la orden del procedimiento de mamografía, demoras en las autorizaciones por parte de las EPS, trámites adicionales si se les ordena una biopsia, dificultad para conseguir las citas e incumplimiento de las actividades extramurales programadas; aspectos que pueden ser intervenidos desde el sector salud.

En cuanto a la territorialización de la Línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama, se encontró que el hecho de fijar metas y estrategias en los instrumentos de acción pública no garantiza que se dé la implementación a nivel territorial. Además, deben existir presupuestos asignados y mecanismos de seguimiento que permitan identificar desfases y tomar medidas correctivas de manera oportuna.

Frente a la territorialización de la capacidad administrativa, se evidenció que los problemas identificados en el nivel nacional se agudizan en el nivel territorial, donde hay mayores dificultades relacionadas con los procesos de planeación, seguimiento y monitoreo, asociados a la falta de recurso humano entrenado, así como, a factores externos dados por los determinantes sociales de la salud, que desbordan la capacidad del territorio y en donde las acciones para la detección temprana del cáncer de mama pasan a un segundo plano, priorizándose la intervención de otros

eventos de mayor frecuencia que exigen atención inmediata, lo que limita de manera importante el proceso de implementación de la Línea estratégica.

No obstante, la voluntad política de los tomadores de decisión es uno de los aspectos que agiliza los procesos de implementación, especialmente en lo relacionado con la asignación de recursos y la prioridad de las acciones a ejecutar, aspecto evidenciado en mayor medida en el nivel nacional, departamental y en el municipio de Chía.

Dentro de las categorías emergentes en esta investigación surgió la participación social, como un factor clave principalmente en los procesos de planeación y en acciones de movilización social; pero no se logró ver continuidad de las acciones planteadas a nivel territorial. Además, se evidenció falta de coordinación entre las organizaciones sociales y comunitarias, quienes trabajan de manera individual y con objetivos particulares, privilegiando otro tipo de actividades por encima de la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama.

De esta manera, es poca la utilización de mecanismos de participación social en los diferentes niveles territoriales, excepto en el municipio de Soacha, en donde hay un mayor empoderamiento frente a la exigencia de sus derechos en salud, asociado a las mayores dificultades de acceso a los servicios de salud. Es así como, la ausencia de participación social es un factor que puede limitar la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama, por lo que se recomienda como un tema para incluir en la agenda de investigación relacionada con esta temática.

Por su parte, la territorialización de la coordinación intrasectorial evidenció serias dificultades que se visibilizaron más en el nivel nacional, donde cada actor cumple funciones específicas para la implementación y monitoreo de la detección temprana; pero no hay comunicación ni espacios de verificación periódica para el seguimiento y evaluación de las estrategias planteadas en el

PDCC. No obstante, el departamento se configura como un mediador importante entre el nivel nacional y municipal, creando espacios que permiten unir esfuerzos de diferentes actores con objetivos comunes que favorecen la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama.

Es así como, el departamento se configura como un operador de transacción que define la relación global - sectorial entre la nación y el municipio, cumpliendo con su rol designado en la gobernabilidad del Estado-Nación.

También se visibilizó la importancia de la coordinación intrasectorial e intersectorial, especialmente en la gestión de las barreras de acceso de tipo social y geográfico, permitiendo aunar esfuerzos y recursos para afectar de manera positiva la acción sobre los determinantes sociales de la salud y obtener mejores resultados, así como el cumplimiento de las metas propuestas.

En general, el nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialización de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama estuvo entre medio y bajo. Siendo el factor asociado al establecimiento de metas y acciones en los instrumentos de acción pública, el único que tuvo un puntaje alto en el nivel nacional y departamental. Mientras que en el nivel municipal, Chía tuvo un mejor nivel de cumplimiento que Soacha en la territorialización de las estrategias de detección temprana (lo que significa que hubo una mayor proporción de mujeres que fueron detectadas en estadios más tempranos de la enfermedad), esto se relacionó principalmente con la voluntad política de los tomadores de decisión; mientras que Soacha tuvo un mejor comportamiento en los factores asociados con la participación social y coordinación intrasectorial, pero teniendo en cuenta que el cáncer de mama no es un evento de alta prioridad en este territorio, la territorialización de las estrategias de detección temprana, tuvieron un cumplimiento bajo.

Finalmente, se concluye que la insuficiente capacidad administrativa, la falta de coordinación intrasectorial y de participación social, limitan el cumplimiento de la territorialización de la Línea estratégica de detección temprana del cáncer de mama, por lo que la obtención de resultados positivos depende de si se potencian o no estos factores, permitiendo la implementación de las acciones definidas en los instrumentos de acción pública para el control de esta enfermedad.

5. Lista de siglas

Sigla	Significado
ARL	Administradora de Riesgos Profesionales
BDUA	Base única de afiliados
BHGI	Conferencia cumbre de la Iniciativa Mundial de Salud de la Mama
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Empresa Promotora de Salud
GAI	Guías de Atención Integral
GLOBOCAN	Observatorio Global de Cáncer
INC	Instituto Nacional de Cancerología
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDCC	Plan Decenal para el Control del Cáncer
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PEDT	Protección Específica Detección Temprana
PIC	Planes de Intervenciones Colectivas
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SINCAN	Sistema de Información de Cáncer
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
UPC	Unidad de Pago por Capacitación

Nota: elaboración propia, 2018

6. Lista de Tablas

1	Estado del arte en Acción gubernamental
2	Estado del arte en Capacidad Administrativa
3	Estado del arte en contexto de la implementación
4	Estado del arte en Articulación de los actores
5	Estado del arte en Recomendaciones de política
6	Principales hitos de la política pública relacionados con el control del cáncer
7	Líneas estratégicas versus Objetivos del PDCC
8	Características del tamizaje organizado
9	Metas e indicadores para el tamizaje
10	Línea Base del Componente cáncer de mama
11	Facilitadores y dificultades de la implementación del PDCC, suministrados por los actores instituciones y sociales, 2016.
12	Factores relacionados con la Territorialidad y Territorialización de la Línea estratégica Detección Temprana Cáncer de mama
13	Criterios para la medición de los niveles de territorialidad y territorialización de la Línea estratégica Detección Temprana Cáncer de mama DTCM
14	Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización de los instrumentos de acción pública
15	Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de capacidad administrativa
16	Proporción de mujeres entre 50 a 69 años que se han tomado la mamografía en los dos últimos años.
17	Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA).
18	Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de servicios de detección temprana.
19	Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de Participación social.
20	Nivel de cumplimiento de los factores relacionados con la territorialidad y territorialización en la categoría de Coordinación Intrasectorial .
21	Territorialidad de las estrategias de detección temprana
22	Territorialización de las estrategias de detección temprana
Anexos	
1	Tasa de Mortalidad por Cáncer de mama por 100.000 mujeres
2	Asignación de Recursos para los Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas
3	Flujograma de metodología
4	Formato Genérico Entrevista Semiestructurada
5	Matriz de actores relacionados con la implementación de la Línea estratégica de Detección temprana del cáncer de mama en Colombia
6	Clasificación del interés y poder de los actores
7	Convenios Internacionales Vinculantes
8	Convenios Internacionales No Vinculantes
9	Legislación para el control del cáncer
10	Distribución Nacional Departamental por Percentiles
11	Metas y estrategias relacionadas con la detección temprana del cáncer de mama, DTCM en los Planes de desarrollo nacional, departamental y municipal
12	Hallazgos Categoría Instrumentos de Acción Pública
13	Hallazgos Categoría Capacidad Administrativa

14	Hallazgos Categoría Servicios de Detección Temprana
15	Hallazgos Categoría Participación social
16	Hallazgos Categoría Coordinación Intrasectorial
17	Citas Territorialidad- Categoría Instrumentos de acción pública
18	Citas Territorialización- Categoría Instrumentos de Política Pública
19	Citas Territorialidad- Categoría Capacidad Administrativa
20	Citas Territorialización - Capacidad Administrativa
21	Territorialidad Categoría Servicios de detección temprana del cáncer de mama
22	Territorialización - Servicios de detección temprana del cáncer de mama
23	Citas de Territorialidad Categoría Participación Social
24	Citas Territorialización Categoría Participación Social
25	Citas Territorialidad categoría Coordinación intrasectorial
26	Citas Territorialización Categoría Coordinación intrasectorial

Nota: elaboración propia, 2018

7. BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. doi:<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Anderson, B., Yip, C.-H., Ramsey, S., Bengoa, R., Braun, S., Fitch, M., . . . Tsu, V. (2007). El Cáncer de Mama en los Países con Recursos Limitados: Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas. *1075-122X/07 The Breast Journal, Volume 13 Suppl.*, S62-S82.
- Arias, S. (2009). Inequidad y cáncer: una revisión conceptual. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 27(3): 341-348.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo 1*. Bogotá. Obtenido de <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>
- Boussaguet, L., Jacquot, S., & Ravinet, P. (2016). *Diccionario de políticas públicas*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Bray, F., & Piñeros, M. (2016). Cancer patterns, trends and projections in Latin America and the Caribbean: a global context. *Salud Pública de Mexico*, 58:104-117.
- Chernobilsky, L. (2006). El uso de la computadora como auxiliar en el análisis de datos cualitativos. En I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa* (págs. 239-263). Barcelona: Gedisa.
- CONCORD Working Group. (2015). Vigilancia global de tendencias de supervivencia del cáncer 2000-14 (CONCORD-3).
- Congreso de la República de Colombia. (9 de Enero de 2007). *Ley 1122 de 2007*. Obtenido de: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/normas/Norma1.jsp?i=22600>
- Congreso de la República de Colombia. (s.f.). *Ley 617 del 2000*. Obtenido de Secretaría del Senado: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0617_2000.html
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Cuervo, J. I. (2015). *Ensayos sobre políticas públicas*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Denzin, N. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook of qualitative research* (págs. 1-17). Thousand Oaks, California: Sage.
- Diaz, S., Piñeros, M., & Sánchez, O. (2005). Detección Temprana del cancer de mama: Aspectos criticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerologia*, 9(3), 93-105. Obtenido de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41195040/Deteccin_temprana_del_cncer_de_mama_a_spe20160114-1163-rzhyug.pdf20160115-19908-pc9zss.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1546922654&Signature=PQT9%2Bc%2B%2F2qAAGv%2BTcrNS9B%2BmRQk%3D&re

- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40, 314-321. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Estevez, A. (s.f.). Construcción de una Matriz de Actores para Políticas Públicas y Proyectos de un contexto de Reforma de Estado. *Facultad de Ciencias Sociales UBA*, 1-18. Obtenido de <http://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/matriz%20de%20actores.PDF>
- González-Robledo, L. M., González-Robledo, M. C., Nigenda, G., & López-Carrillo, L. (7 de Septiembre de 2010). Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. Retos a futuro. *Salud pública de México*, 52(6), 533-543. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/106/10618968008/>
- González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., & Nigenda, G. (2013). Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 183-189. Obtenido de <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2013.v33n3/183-189/es>
- Hill, M., & Hupe, P. (2006). Analysing policy processes as multiple governance: accountability in social policy. *Policy and Politics*, 557-73.
- IEMP, I. d. (2012). *Control del cáncer en Colombia, Recomendaciones de política pública*. Bogotá: IEMP.
- Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.; Instituto Geográfico Agustín Codazzi. (2017). *Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia, cuarta edición*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Instituto Nacional de Cancerología INC. (2017). *Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia, Cuarta Edición*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Jolly, J. F. (Julio-diciembre de 2007). Gobernancia de los Territorios y Gobierno del Territorio en Colombia: el caso de la política pública de vivienda de interés social en Bogotá y Chiquinquirá. *Papel Político*, 12(2), 417-458. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/777/77716565013.pdf>
- Jolly, J. F. (2010). ¿Existe un enfoque francés de política pública? En A. N. Roth Deubel, *Enfoques para el análisis de políticas públicas* (págs. 231-252). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Jolly, J. F. (Abril de 2010). Gobierno y Gobernancia de los Territorios, Sectorialidad y Territorialidad de las Políticas Públicas. *Desafíos*, 12, 52-85. Obtenido de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/desafios/article/view/673>
- Jolly, J. F. (2014). Territorialidad y territorialización de las políticas públicas: hacia una nueva propuesta de esquema para el análisis de las políticas públicas en el territorio. En J. I. Cuervo Restrepo, *Ensayos sobre políticas públicas II*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Martínez, J. E. (2013). *Hacia un Esquema de Análisis de la Formulación de la Política Social de Salud Pública desde un Enfoque Socio-Territorial Temporal a Partir de los Instrumentos de Planificación*. Tesis de Maestría, Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Bogotá. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/13441/MartinezCarvajalJorgeEnrique2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ministerio de la Protección Social. (Mayo de 2007). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20DE%20ATENCI%C3%93N%20DE%20LEPRA.pdf>

- Ministerio de Salud. (22 de Diciembre de 1998). *Acuerdo Número 117 de 1998*. Obtenido de www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf
- Ministerio de Salud. (25 de Febrero de 2000). *Resolución 412 de 2000*. Obtenido de www.supersalud.gov.co: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Marzo de 2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015 de Febrero de 2015). *Resolución 518 de 2015*. Obtenido de: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MSPS_0518_2015.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2016). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 429. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, Instituto Nacional de Cancerología ESE-Fedesalud. (2013). *Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2012). *Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021*. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (Marzo de 2012). *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Internacional para las Migraciones. (2015). *Análisis Nacional Diagnóstico de Capacidades Funcionales y Técnicas existentes en los Procesos de la Gestión de la Salud Pública Priorizados*. Bogotá.
- Ministerio Salud y Proteccion Social, Organización Panamericana de la Salud. (2015-2016). *Avances del Plan Decenal para el Control del cancer*. Bogotá: MSPS-OPS-IECAS-INC.
- Murillo, R., Quintero, A., Piñeros, M., Bravo, M., Cendales, R., Wiesner, C., & Lizcano, L. (2006). Modelo para el control del cáncer en Colombia.
- Nigenda, G., González-Robledo, M., González-Robledo, L. M., & Bejarano, R. M. (2011). *Disparidades al descubierto: un estudio comparado sobre políticas de cáncer de mama en América Latina*. Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer ULACCAM, Cuernavaca, Morelos. Obtenido de https://www.ulaccam.org/pdfs/Disaparidades-al-Descubierto_ULACCAM.pdf
- Ordoñez, M. G. (2013). *Manual de análisis y diseños de políticas públicas*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cáncer*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Internacional Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pardo, M. d., Dussauge, M., & Cejudo, G. (2018). *Implementación de Políticas Públicas*. México: CIDE.
- Piñeros, M., Gamboa, O., Hernandez, G., Pardo, C., & Bray, F. (2013). Patterns and trends in cancer mortality in Colombia 1984–2008. *Cancer Epidemiology* 37, 233–239.
- Piñeros, M., Sánchez, R., Perry, F., García, O. A., Ocampo, R., & Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública de México*, 53(6), 478-485. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600003
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2009). *Desarrollo de Capacidades: Texto básico del PNUD*. Obtenido de: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/spanish/Capacity_Development_A_UNDP_Primer_Spanish.pdf
- República de Chile, Ministerio de Salud. (Diciembre de 2013). *Orientaciones para Planes Comunales de Promoción de la Salud 2014*. Obtenido de: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá. Obtenido de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- Rivera, D. (2005). La política del cáncer. *Revista Colombiana de Cancerología*, 9(1), 29-33.
- Rivillas, J. C., Huertas Quintero, J. A., Montaña Caicedo, J. I., & Ospina Martínez, M. L. (2014). Progresos en eSalud en Colombia: adopción del Sistema de Información Nacional en Cáncer. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(5/6), 446-452. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n5-6/446-452/es>
- Roth Deubel, A. N. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos*(33), 67-91. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16429061004>
- Roth Deubel, A. N. (2015). *Formulación, Implementación y evaluación*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Roth Deubel, A.-N. (2010). *Enfoques para el análisis de las políticas públicas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, G., Laza, C., Estupiñan, C., & Estupiñan, L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(3), 305-313. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a05.pdf>
- Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research: a practical handbook*. Newbury Park, California: SAGE publishers.
- Thorne, S. (2000). Data analysis in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 3, 68-70. doi:[doi:10.1136/ebn.3.3.68](https://doi.org/10.1136/ebn.3.3.68)
- Uribe Gómez, M. (junio-diciembre de 2009). La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistencias (1995-2003). *Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 44-68. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2656>

- Velasco, S., Bernal, O., Salazar, A., Romero, J., Moreno, A., & Díaz, X. (Julio-Septiembre de 2014). Disponibilidad de servicios de mamografía en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 18(3), 101-108. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2014.06.001>
- Velásquez-De Charry, L. C., Carrasquilla, G., & Roca-Garavito, S. (2009). Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública de México*, 51(s2), 246-253. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/106/10616164015/>
- Wiesner C, C. (2007;). Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 11(1):13-22.
- Wiesner-Ceballos, C., Murillo Moreno, R. H., Piñeros Petersen, M., Tovar-Murillo, S. L., Cendales Duarte, R., & Gutiérrez, M. C. (2009). Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(1), 1-8. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v25n1/1-8/es>