

ANEXOS

Tabla 1

Tasa de Mortalidad por Cáncer de mama por 100.00 mujeres

Departamento	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
San Andrés	13,48	16,64	6,53	11,71	5,46	4,87	17,31
Atlántico	14,58	10,66	14,46	15,97	16,68	16,4	16,82
Caldas	10,46	13,37	12,36	10,36	9,35	12,96	16,4
Valle del Cauca	14,2	13,12	12,59	13,36	14,98	14,82	15,68
Quindío	10,46	12,2	17,12	15,39	17,31	10,6	13,56
Tolima	11,88	10,8	10,9	13,5	11,07	11,97	13,45
Norte de Santander	10,28	11,43	10,12	12,84	13,25	12,1	13,43
Risaralda	12,02	13,78	13,99	10,82	16,11	16,07	13,29
Magdalena	8,2	10,12	11,33	10,03	10,91	11,75	13,09
Cundinamarca	9,13	9,66	8,25	10,31	9,19	9,87	12,56
Bolívar	10,8	9,8	11,02	9,37	9,58	10,49	12,48
Nacional	11,13	10,5	10,9	11,13	11,47	11,52	12,34
Huila	13,25	10,48	9,39	11,79	14,33	13,68	12,33
Antioquia	12,06	11,53	11,87	12,27	11,8	11,34	12,2
Santander	9,83	8,95	8,62	12,58	14,01	12,78	11,95
Bogotá	11,78	11,47	11,84	10,87	10,91	11,11	11,86
Casanare	10,25	5,11	13,21	7,39	7,42	6,59	11,43
Córdoba	9,28	7,18	10,57	7,44	9,23	7,05	10,62
Cesar	9,19	8,12	10,91	12,93	15,03	10,67	10,61
Arauca	9,43	15,35	8,64	12,32	12,95	12,91	10,57
Meta	13,15	9,61	12,22	9,5	12,13	11,12	10,23
Cauca	9,13	7,27	7,83	9,38	8,55	9,04	10,1
Boyacá	10,04	7,73	7,79	6,19	7,06	8,89	10,08
Putumayo	3,77	4,19	7,23	5,39	7,51	10,82	9,04
Sucre	8,75	6,66	8,11	10,22	6,93	11,11	8,97
Vichada	10,49	4,28	0	0	0	0	7,72
Nariño	6,47	6,91	7,3	6,6	5,31	8,56	7,4
Guaviare	8,93	9,39	2,56	2,66	8,9	5,78	6,78
La Guajira	7,37	4,41	3,85	4,06	4,32	4,17	6,3
Caquetá	9,1	13,08	6,86	8,84	10,42	11,36	6,16
Choco	6,57	4,95	4,79	6,47	8,2	2,9	5,1
Amazonas	0	6,66	0	4,14	8,47	11,33	0
Guainía	12,08	11,21	0	0	0	0	0
Vaupés	0	6,89	0	0	0	0	0

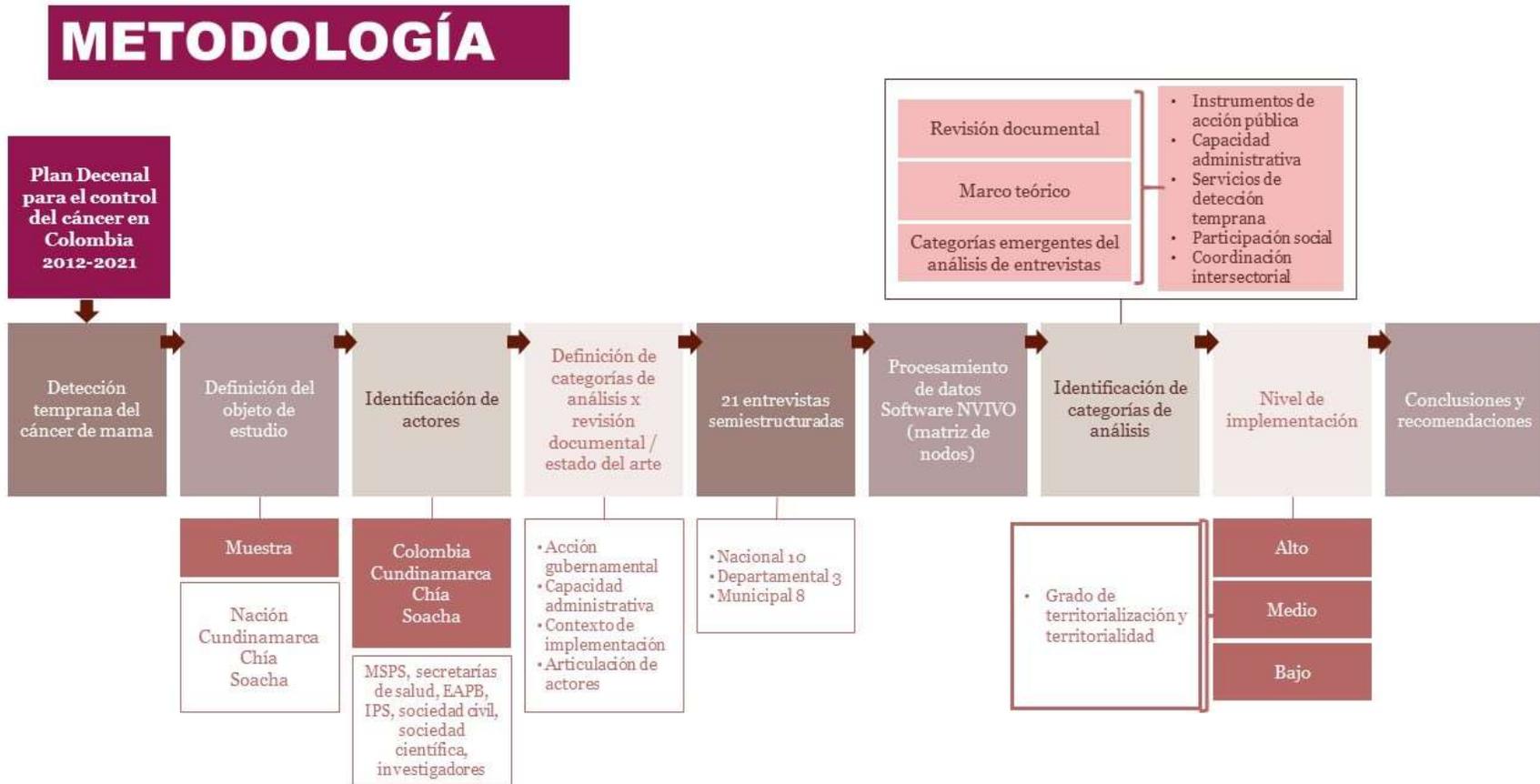
Nota: Estadísticas Vitales, SISPRO, Cálculos, 2018

Tabla 2
Asignación de Recursos para los Sistemas de Atención de Salud y Políticas Públicas

Nivel de los recursos	Servicios	Establecimientos	Registro
Básico	Servicios de atención primaria Servicios quirúrgicos Servicios de anatomía patológica Servicios de oncología Servicios de enfermería Servicios paliativos	Establecimiento de salud Establecimiento operatorio Laboratorio de anatomía patológica Farmacia Atención ambulatoria de pacientes	Expedientes médicos individuales y registro de las pacientes por servicios
Limitado	Servicios de imaginología Servicios de radioncología Servicios de grupos de apoyo Programas de detección temprana	Instalaciones para imaginología Radioterapia Sistemas clínicos de información Red de sistemas de salud	Expedientes médicos por establecimiento y registro centralizado de pacientes Registro local del cáncer
Amplio	Programas de tamizaje oportunista Seguimiento del cáncer Servicios de rehabilitación Grupos de apoyo	Establecimiento(s) de referencia centralizado(s) para atención del cáncer Registro poblacional del cáncer	Sistemas de seguimiento por establecimiento Registro regional del cáncer
Máximo	Programa de tamizaje poblacional Atención psicosocial individual	Establecimiento(s) periféricos para atención del cáncer (regionales o no centralizados)	Registro nacional del cáncer

Nota: Tomado de Anderson et al (2007, pág. 62)

Tabla 3
Flujograma de metodología



Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 4

*Formato Genérico Entrevista Semiestructurada**Implementación de la Línea Estratégica de Detección Temprana de Cáncer de Mama a Nivel Territorial, en el Marco del Plan Decenal para el Control del Cáncer PDCC 2012-2021.*

1. ¿Qué conoce acerca de las políticas de detección temprana del cáncer de mama establecidas en el Plan decenal de Cáncer 2012-2021? (Como se diseñaron, cuáles son sus objetivos y estrategias)
2. ¿Cómo considera que ha sido la implementación de las políticas y/o estrategias de detección temprana del cáncer de mama a nivel territorial en los últimos 5 años (después de la adopción del PDCC)? ¿Excelente Bueno Regular Deficiente? Justifique su respuesta
3. De acuerdo con su experticia... ¿Cuáles son las exigencias más importantes en cuanto a planeación, financiamiento, talento humano, sistemas de información, tecnologías que requiere la implementación de las estrategias de detección temprana a nivel territorial?
4. ¿Qué instrumentos conoce para monitorizar, vigilar y evaluar la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama en Colombia? ¿Y cómo han funcionado?
5. ¿De qué manera se han discutido o planeado las intervenciones de mejora frente a los hallazgos encontrados frente a la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama, en la Institución a la cual pertenece?
6. ¿Cuáles considera que son los factores que facilitan el éxito de la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer de mama y cómo los percibe en la actualidad?
7. ¿Tiene conocimiento sobre la proporción de casos que se detectan en estadios tempranos en Colombia? ¿Cómo lo califica? ¿Excelente Bueno Regular Deficiente? Justifique su respuesta
8. ¿Cuáles considera que son las barreras que impiden o retardan el acceso a los servicios de detección temprana del cáncer de mama a nivel territorial?
9. De acuerdo con su experiencia en detección temprana ¿Cómo considera que se articulan los diferentes actores (Secretarías de salud con las IPS, EAPB y Organizaciones de la sociedad civil), para cumplir con las estrategias de detección temprana del cáncer de mama?
10. ¿Cuáles considera usted que son los mayores logros alcanzados en la implementación de las estrategias de detección temprana en Colombia?
11. Por último, ¿tiene algún comentario final?

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla No. 5

Matriz de actores relacionados con la implementación de la Línea estratégica de Detección temprana del cáncer de mama en Colombia

Orden	Entidad	Nivel	Rol en la Detección temprana del cáncer de mama	Participación	Interés	Poder
Nacional	Instituto Nacional de Cancerología	Directivo	Participar en el proceso de construcción e implementación del PDCCC 2012-2021 e investigar acerca de la detección temprana en cáncer a nivel nacional.	Directa	Alto	Alto
	Ministerio de Salud y Protección Social	Directivo	Direccionar las políticas públicas para el control de las Enfermedades No Transmisibles, dentro de las cuales está el cáncer de mama.	Directa	Alto	Alto
	Instituto Nacional de Salud	Operativo	Realizar el seguimiento al sistema de vigilancia en salud pública para el cáncer de mama a nivel nacional.	Indirecta	Alto	Bajo
	Superintendencia Nacional de Salud	Directivo	Direccionar las actividades de Inspección y Vigilancia sobre los riesgos en salud inherentes al SGSSS, entre otros; riesgos sistémicos, de calidad, oportunidad, prestación, atención en salud y acceso.	Indirecta	Alto	Alto
	Superintendencia Nacional de Salud	Operativo	Operativizar las actividades de Inspección y Vigilancia sobre los riesgos en salud inherentes al SGSSS, entre otros; riesgos sistémicos, de calidad, oportunidad, prestación, atención en salud y acceso, con énfasis en los aseguradores.	Indirecta	Alto	Bajo
	Experto en Detección temprana	Asesor	Participar en el proceso de construcción e implementación del PDCCC 2012-2021. Investigar en el tema de detección temprana del cáncer a nivel nacional e internacional (IARC).	Directa	Alto	Bajo
	Sociedad Científica (Ginecología Oncológica)	Asesor	Asesorar el proceso de implementación a nivel territorial de la línea estrategia de detección temprana del cáncer de mama.	Indirecta	Alto	Alto
	Fundación SIMMON	Directivo	Contribuir con una mejor calidad de las personas diagnosticadas con cáncer, sus familiares y cuidadores.	Indirecta	Alto	Bajo
	Liga contra el cáncer - Nivel Nacional	Directivo	Realizar acciones de educación, prevención y diagnóstico temprano de cáncer con participación del voluntariado.	Indirecta	Alto	Alto
	Ecoopsos	Directivo	Direccionar la gestión del riesgo y la implementación de las estrategias de detección temprana del cáncer para los afiliados de la EPS ESS ECOOPSOS	Directa	Alto	Alto

Orden	Entidad	Nivel	Rol en la Detección temprana del cáncer de mama	Participación	Interés	Poder
Departamental	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Operativo	Implementar el PDCC en el departamento de Cundinamarca y liderar la Estrategia " El cáncer no te toque".	Directa	Alto	Alto
	Secretaría de Salud de Cundinamarca	Asesor / desarrollador	Asesorar y apoyar a la Secretaría de salud de Cundinamarca en la implementación de la línea estrategia para detección temprana cáncer de mama.	Directa	Alto	Bajo
	Convida	Operativo	Operar el programa de detección temprana del cáncer de mama en el Departamento de Cundinamarca.	Directa	Alto	Alto
Municipal	ESE Hospital San Antonio Chía	Directivo	Gerenciar la Implementación de los programas de promoción y prevención y ejecutar acciones del Plan de Intervenciones colectivas en Salud Publica en coordinación con la Alcaldía del municipio de Chía.	Directa	Alto	Alto
	Municipio de Chía	Operativo	Operar los programas de promoción y prevención y ejecuta las acciones del Plan de Intervenciones colectivas en Salud Publica en coordinación con la Alcaldía del municipio de Chía	Directa	Alto	Bajo
	Municipio de Chía	Directivo	Liderar las políticas de salud pública en el municipio de Chía y vigilar la operación de los diferentes actores IPS, EPS, entre otros.	Directa	Alto	Alto
	Secretaría de Salud de Soacha	Directivo	Liderar las políticas de salud pública en el municipio de Soacha y vigilar la operación de los diferentes actores IPS, EPS, entre otros.	Directa	Alto	Alto
	Secretaría de salud Soacha	Operativo	Desarrollar las acciones del Plan de Intervenciones colectivas en Salud Pública en municipio de Soacha.	Directa	Alto	Bajo
	Bienestar IPS-contratada por Nueva EPS	Operativo	Implementar el programa de detección temprana de cáncer de mama de Nueva EPS en el municipio de Soacha	Directa	Alto	Bajo
	Hospital Mario Gaitán Yanguas	Directivo	Contratar y ejecutar los programas y estrategias de promoción y prevención en el Hospital Mario Gaitán Yanguas	Directa	Alto	Alto
	Asociación Usuarios Ecoopsos EPS	Operativo	Representar a los usuarios del municipio de Soacha y participar en las actividades de movilización y educación para la prevención del cáncer de mama.	Indirecta	Alto	Bajo

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 6
Clasificación del interés y poder de los actores

Interés Alto	El actor realiza acciones permanentes y lidera iniciativas para cumplir con el objetivo de implementar la detección temprana del cáncer de mama
Interés Bajo	El actor realiza acciones esporádicas, en cumplimiento de su rol específico dentro de la entidad a la que pertenece.
Poder Alto	Alta capacidad de movilización social y recursos para favorecer las acciones de implementación
Poder Bajo	Baja capacidad para favorecer las acciones de implementación. Poca influencia sobre los demás.

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 7
Convenios Internacionales Vinculantes

Periodo	Convenios Vinculantes
1970-1979	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio 136 de 1971, sobre benceno. Propone las acciones tendientes a regular las actividades laborales que comprenden el trabajo con benceno. • Convenio 139 de 1974, acerca de cáncer profesional. Exige a las partes determinar periódicamente las sustancias y agentes carcinógenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida o sujeta a autorización y control
1980-1989	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio 160 de 1985 referente a la información y notificación de las condiciones laborales. • Convenio 161 de 1985 respecto a los servicios de salud en el trabajo • Convenio 162 de 1986 sobre utilización del asbesto en condiciones de seguridad
1990-1999	<ul style="list-style-type: none"> • Convenio 170 de 1990 acerca de los productos químicos. • Convención de los derechos de los niños, entrada en vigor el 2 de septiembre de 1990.
2000-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración del Milenio. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea general, A/RES/55/2, 13 de septiembre de 2000. • Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, realizado en Estocolmo el 22 de mayo de 2001. • Convenio Marco para el Control de Tabaco (CMCT), considerado: “primer tratado internacional de salud pública negociado bajo el liderazgo de la Organización Mundial de la Salud, adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003, entrado en vigor el 27 de febrero de 2005”. (IEMP, 2012, pág. 22)

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 8
Convenios Internacionales No Vinculantes

Periodo	Convenios No Vinculantes
2000-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución WHA53.17 de 2000 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. • Resolución CSP26.15 de 2002 de la OPS: Respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas. Presenta cuatro líneas estratégicas de acción: 1) La iniciativa CARMEN. 2) La vigilancia de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo. 3) Las innovaciones de los servicios de salud que se ocupan de las afecciones crónicas 4) La promoción de la causa para el cambio de políticas. • Resolución WHA57.17 de 2004 de la Asamblea Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. • Resolución WHA58.22 de 2005 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control del cáncer. Insta a los Estados miembros a que, en la planificación de sus actividades de control, presten especial atención a los cánceres relacionados con exposiciones evitables, en particular la exposición a algunos agentes infecciosos. • Resolución CD47.R9 de 2006 de la OPS: Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. • Resolución CD47.18 de 2006 de la OPS: Estrategia y plan de acción regional sobre la nutrición en la salud y el desarrollo, 2006 - 2015. • Resolución WHA60.23 de 2007 de la Asamblea Mundial de la Salud: Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. • Resolución CD48.R2 del cuadragésimo octavo Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Solicita a los Estados miembros de la OPS a que consideren la pertinencia de implementar, según corresponda, el paquete MPOWER de la OMS. • Resolución CD48.R10 de 2008 de la OPS: Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control de cáncer cervicouterino.
2010-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución CD52.R9 de 2013 de la OPS: Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2019.

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 9
Legislación para el control del cáncer

Periodo	Leyes
1970-1979	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 09 de 1979, prescribe medidas sanitarias.
1990-1999	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 100 de 1993, crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
2000-2009	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 715 de 2001, prescribe normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los Artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. • Ley 1109 de 2006, aprueba el “Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco” hecho en Ginebra, el 21 de mayo de 2003. • Ley 1122 de 2007, por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud. • Ley 1196 de 2008, decreta el Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes, realizado en Estocolmo el 22 de mayo de 2001. • Ley 1335 de 2009, previene daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana. • Ley 1355 de 2009, define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas como una prioridad de salud pública y se dictan medidas para su control, atención y prevención.
2010-2016	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 1384 de 2010, establece las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. En su artículo 5 afirma “Declárese el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia”. • Ley 1388 de 2010, por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. • Ley 1438 de 2011, reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2012) • Ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. En el Artículo 2, se hace énfasis en la responsabilidad del Estado de: “Adoptar las políticas para asegurar la igualdad de trato, de oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) • Ley 1753 de 2015, Por la cual se expide el Plan de Desarrollo “Todos por un nuevo país”. En el artículo 65 establece que “El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y demás leyes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual es de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales”.

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 10

Distribución Nacional Departamental por Percentiles

Diagnóstico de Capacidades en Gestión de la Salud Pública. Febrero-Julio 2016																		
DTS	F. Funcionales		P_PIC		D_Asiistencia técnica		I_PyD-EISP		DTS	F. Funcionales		P_PIC		D_Asiistencia técnica		I_PyD-EISP		
	M ₀	x	M ₀	x	M ₀	x	M ₀	x		M ₀	x	M ₀	x	M ₀	x	M ₀	x	
CALDAS	4	3,7	4	3,0	4	4	4	3,2	C/GENA	3	2,7	3	1,9	2	2,3	2	2,7	
ATLÁNTICO	4	3,3	4	3,0	3	2,8	3	3,2	B/VENTURA	2	2,2	3	2,3	2	2,1	2	2,6	
MAGDALENA	3	3,2	4	2,8	3	2,5	4	3,1	GUAVIARE	1	2,2	3	2,5	3	2,1	2	2,0	
RISARALDA	4	3,3	3	2,4	3	3,1	3	3,4	VAUPÉS	3	2,4	2	1,9	3	2,6	1	1,8	
NARIÑO	4	3,4	3	2,6	3	2,9	3	3,2	HUILA	2	2,0	2	1,6	2	2,3	3	2,5	
SUCRE	4	3,4	3	2,5	3	3,3	2	2,1	PUTUMAYO	2	1,7	2	1,9	2	1,7	3	2,5	
B/QUILLA	3	3,0	3	2,3	3	2,7	3	3,1	AMAZONAS	2	1,9	3	1,5	2	1,5	2	2,6	
S/TA MARTA	3	3,1	4	2,8	2	2,3	3	2,8	CAUCA	2	2,8	2	1,3	3	2,5	1	1,8	
CÓRDOBA	3	2,5	3	2,3	3	2,7	3	2,6	BOLÍVAR	2	2,3	2	1,8	2	1,8	2	2,4	
V/ CAUCA	3	2,9	3	2,3	2	2,3	3	3,0	CHOCÓ	3	2,5	2	1,8	2	1,7	1	2,2	
SANTANDER	3	2,9	4	2,3	3	2,6	1	1,9	N/SANTANDER	2	2,3	2	1,8	2	1,7	2	2,2	
CESAR	2	2,8	4	2,4	2	1,7	3	2,6	TOLIMA	1	2,2	4	2,0	1	1,8	1	2,2	
QUINDÍO	3	2,6	3	2,1	2	1,7	3	2,8	CAQUETÁ	2	2,0	1	1,6	2	1,6	2	1,9	
GUAJIRA	3	2,4	4	2,1	1	1,4	3	2,4	VICHADA	1	1,5	2	2,0	2	1,5	1	1,5	
CASANARE	3	2,8	3	2,0	2	2,1	2	2,4	META	1	1,9	1	1,5	1	1,2	1	2,1	
	P70: 3-4		1	En etapa a desarrollar						ARAUCA	1	1,4	1	1,5	1	1,2	1	1,6
	P70: 2-3		2	En etapa de aislamiento										M ₀	Moda			
	P70: 1-2		3	Implementado parcialmente					4	Implementado y con sostenibilidad					x	Media		

Nota: elaborado con base en cifras del Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Internacional para las Migraciones (2015)

Tabla 11

Metas y estrategias relacionadas con la detección temprana del cáncer de mama, DTCM en los Planes de desarrollo nacional, departamental y municipal

Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 “Prosperidad para todos”	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Promover el bienestar y una vida saludable, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Busca implementar el Plan Decenal de Cáncer, considerando el fortalecimiento de estrategias de detección oportuna, en especial para cáncer de cérvix, seno y próstata.	Ninguna
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “ Todos por un Nuevo País”	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Implementar territorialmente el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. Los planes territoriales de salud (PTS) deberán formularse de manera articulada con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el PDSP para contribuir con el cumplimiento de las metas de país. Generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles (entre estas, el cáncer).	Proporción de nuevos casos de cáncer de mama en estadios tempranos (I-IIA). Línea de base 2014: 40% Meta al 2018: 50%
Plan de Desarrollo Departamento de Cundinamarca, Calidad de Vida 2012-2015.	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Componente estratégico de Desarrollo integral de la mujer: Implementar estrategias de promoción de salud para disminuir riesgos de cáncer cérvico y mamario en mujeres afiliadas a la EPSS Convida.	Implementar un modelo para la gestión para los programas de cánceres asociados a salud sexual y reproductiva (cérvix, seno y próstata), con enfoque de riesgo en los 116 municipios.
Plan de Desarrollo Departamento de Cundinamarca 2016-2019. “Unidos podemos más”	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Eje estratégico Tejido Social: Programa Adultez y Plenitud, Subprograma Adultez con salud, deporte y recreación, plantea estrategias que permitan contribuir al goce efectivo de los mínimos derechos que tienen los ciudadanos del Departamento.	Dentro del programa del eje estratégico de salud encontramos: Salud pública: Implementar al 100% un programa anual de promoción y prevención de enfermedades de interés en salud pública. Fortalecimiento institucional se plantean la meta: Implementar una estrategia para fortalecer el desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud, durante el periodo de gobierno.

Plan de Desarrollo Departamento de Cundinamarca 2016-2019. “Unidos podemos más”	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
	Incrementar las coberturas de detección temprana en 2 puntos porcentuales a través de procesos de tamización para Cáncer de Mama. Indicador: Cobertura de Mamografías de tamización en mujeres de 50 a 69 años Línea de Base 2,96 Meta 2020: 4,96
Plan de desarrollo, Chía, Territorio inteligente e innovador 2012-2015	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Se plantean programas de: Salud pública Fortalecimiento institucional	Dentro del programa del eje estratégico de salud encontramos: Salud pública: Implementar al 100% un programa anual de promoción y prevención de enfermedades de interés en salud pública. Fortalecimiento institucional: Implementar estrategia para fortalecer el desarrollo de actividades de promoción y prevención en salud.
Plan de desarrollo Municipal de Chía, 2016-2019	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Programa: Conductas saludables menos enfermedad	Personas intervenidas con acciones de promoción y cultura de la salud y prevención de la enfermedad- estilos de vida saludables
Plan de Desarrollo social, económico, ambiental y de obras públicas del Municipio de Soacha: Bienestar para todos y todas 2012-2015.	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
En la política de bienestar social “Soacha humana” está el programa de promoción de salud, prevención del riesgo y Plan Territorial de salud, dentro de los subprogramas: enfermedades Crónicas No transmisibles.	La meta planteada está enfocada a la ejecución de las acciones de promoción y prevención y del Plan Territorial de salud.
Plan de Desarrollo social, económico, ambiental y de obras públicas del Municipio de Soacha, 2016-2019 “Juntos formando ciudad”	
Estrategias	Metas relacionadas con la DTCM
Eje estratégico: salud, prevención, protección y atención para la vida. Proyecto ‘Juntos por la vida saludable y la mitigación de las Enfermedades No transmisibles.’ Implementación de estrategias de promoción de condiciones, cambio de hábitos alimenticios y estilos de vida saludables en entornos de desarrollo del ser humano (laboral, vivienda, escolar, espacio público) para prevenir el aumento de las Enfermedades no transmisibles. Ejecución de procesos de vigilancia y adherencia a los programas implementados en las IPS frente al manejo de patologías crónicas prevalentes, enfermedades huérfanas y epilepsias.	Ninguna

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 12

Hallazgos Categoría Instrumentos de Acción Pública

Territorio	Hallazgos Territorialidad
Nacional	<p>En el nivel nacional, los actores involucrados muestran un gran interés en el control del cáncer de mama, en parte, por su participación desde la formulación de la política. Incluso, algunos han participado desde la reglamentación de la Ley 1384 de 2010, por el control del cáncer en Colombia (Ver Anexos, tabla 9). También mencionan que para este ejercicio de planeación se contaba con un buen sustento teórico, dado en gran parte por el Modelo para el control del cáncer planteado por Murillo et al (2006).</p> <p>Los principales objetivos reconocidos en el Plan Decenal de Cáncer (PDC) están enfocados a reducir la mortalidad prematura evitable, mediante la utilización de pruebas de detección temprana disponibles para la población asintomática y el diagnóstico temprano de la enfermedad (Ver Anexos, tabla 17, testimonios 4 y 7).</p> <p>En la actualidad hay varias fuentes de información que antes no existían, esto ha permitido reconocer el cáncer de mama como la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres colombianas. También ha permitido identificar brechas entre los indicadores de incidencia y mortalidad, las cuales ya no se ven en países desarrollados en donde, aunque sigue habiendo alta incidencia, han logrado disminuir la mortalidad. A pesar de este avance, sigue existiendo dificultades en los datos relacionados con el seguimiento de las intervenciones propuestas (Ver Anexos, tabla 17, testimonios 2 y 3).</p> <p>Por su parte, entidades como el Instituto Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud conocen el plan sectorial y lo vinculan con la política de atención integral en salud y su modelo operativo MIAS (Ver Anexos, tabla 17, testimonios 5 y 6). De igual modo, las Fundaciones también reconocen la existencia del PDSP y el PDCC (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 10).</p> <p>Algunos de los actores que participaron en la formulación del PDCC manifestaron la falta de articulación de este Plan y el Plan Decenal de Salud Pública, pudiendo ser complementarios, teniendo en cuenta que las Entidades Territoriales han tenido una mayor conexión con el PDSP, mientras que el PDCC ha perdido visibilidad (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 8).</p>
Departamental	<p>Por su parte, el departamento de Cundinamarca ha trabajado basándose en los objetivos, estrategias, y todas las metas definidas en el PDCC; pues “da unas líneas de intervención muy claras” (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 14). Sin embargo, la visión positiva sobre la incorporación del Plan en los Planes de Desarrollo y Territorial en Salud se matiza con una mirada crítica por parte de la referente de la EPS Ecoopsos, quien cuestiona el grado de compromiso de los alcaldes en la implementación de las estrategias de detección temprana, en este caso de los municipios de Cundinamarca. (Ver Anexos, tabla 17, testimonios 11 y 12)</p> <p>Los aseguradores reconocen la existencia del plan, pero se enmarcan en las actividades procedimientos e intervenciones de detección temprana que son de obligatorio cumplimiento y establecidas en la Resolución 412 de 2000 (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 13).</p>
Chía	<p>Los funcionarios de la Secretaría de Salud de Chía manifiestan que desconocen los objetivos del PDCC, a pesar de trabajar el componente de cáncer en el marco del PDSP. (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 18)</p>
Soacha	<p>En Soacha se identificó el cáncer de mama dentro de las prioridades en salud pública, aunque detrás de otros temas como las mortalidades perinatales (Ver Anexos, tabla 17, testimonios 15 y 17). Las intervenciones se han enfocado hacia la promoción de los estilos de vida saludables definidos en el PDCC y en el PDSP, así como la acción sobre los determinantes sociales en salud. También existe la estrategia de cuadrantes saludables que permite hacer un mejor seguimiento a la población; a pesar de algunas zonas de difícil acceso. Tras lograr sumar el apoyo del alcalde, se generó un ‘Pacto por la salud’ en donde participan todos los actores, pero hay factores de tipo social y cultural que influyen para que no se den los resultados esperados. (Ver Anexos, tabla 17, testimonio 16)</p>

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 13

Hallazgos Categoría Capacidad Administrativa

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>A nivel nacional se encontró una débil injerencia en los aseguradores en cuanto la falta de seguimiento a las metas que deben cumplir los prestadores. Esto denota la baja capacidad para administrar el aseguramiento de su población con su red prestadora (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 1). Desde la perspectiva de las entidades de vigilancia, a partir de la información de la Cuenta de Alto Costo, se encontró que las EPS presentan un bajo nivel de implementación y fallas en el funcionamiento de las estrategias. (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 2)</p>	<p>En el nivel nacional, los actores manifestaron que la financiación de las estrategias de detección temprana está cubierta por el plan de beneficios del régimen subsidiado y contributivo. Desde la perspectiva de la persona entrevistada de la EPS Ecoopsos, estas actividades son financiadas con los recursos que se destinan para promoción y prevención; que equivalen a un 15% o 16% de la unidad de pago per cápita, UPC, según la zona del país. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 14)</p> <p>Por su parte, un representante de la EPS Convida mencionó que la UPC es muy baja frente a los costos que genera la realización del programa de tamización con mamografía, pero es más fácil invertir en este procedimiento que tratar a una mujer con diagnóstico de cáncer de mama. Otros expertos también coinciden en que los costos de la tamización son altos, pero a largo plazo se tendría una reducción del cáncer y menores costos para los aseguradores (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 24). Desde la percepción de los prestadores, las EPS no invierten lo suficiente en prevención, en parte por la falta de un diagnóstico real de la situación del cáncer en los municipios. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 32).</p> <p>También se mencionaron los recursos del Sistema General de Participaciones, que tiene como ordenador las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. Otras fuentes de recursos reconocidas son los recursos propios y las rentas cedidas; para el caso de las direcciones territoriales, se nombraron las regalías. Una de las dificultades observadas es la falta de articulación de las fuentes de financiación, reflejándose en que las acciones que se realizan en el territorio sean fragmentadas. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio1)</p> <p>Desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil, existe una “fractura en el flujo de recursos”, la cual se evidencia en las demoras en los giros. Esto hace no se preste un servicio oportuno en la detección temprana y el diagnóstico, y más grave aún, a la persona en tratamiento de cáncer (Ver Anexos, tabla 20, testimonio16).</p> <p>Un aspecto importante es la información disponible para la implementación y seguimiento de la política pública. Los actores plantearon una serie de niveles que van desde las herramientas del Gobierno central, como los indicadores de las metas del Plan de Desarrollo, hasta las vinculadas a Planes de Desarrollo Territorial en el periodo de gobierno local. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 4)</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>A nivel nacional se encontró una débil injerencia en los aseguradores en cuanto la falta de seguimiento a las metas que deben cumplir los prestadores. Esto denota la baja capacidad para administrar el aseguramiento de su población con su red prestadora (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 1). Desde la perspectiva de las entidades de vigilancia, a partir de la información de la Cuenta de Alto Costo, se encontró que las EPS presentan un bajo nivel de implementación y fallas en el funcionamiento de las estrategias. (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 2)</p>	<p>En cuanto al indicador de mortalidad, el INC realiza el análisis a partir de estadísticas vitales del DANE; indicando que, en términos de sistemas de información, Colombia cuenta con datos disponibles para tomar decisiones. Las evaluaciones de mortalidad se realizan por quinquenio, viéndose este resultado como positivo. En el caso del cáncer de mama ese indicador siempre ha estado en incremento, pero en el último quinquenio (2007-2011) a nivel nacional se estabilizó. También se analiza la incidencia con la información que reportan los Registros poblacionales de cáncer, considerados una fuente confiable. (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 5 y 6)</p> <p>Según el INC, en cáncer de mama no hay ningún factor de riesgo que se pueda vigilar, pues la posibilidad de atribuir un factor de riesgo es muy baja y, por tanto, no están directamente relacionados con la enfermedad. En cuanto a la información sobre detección temprana, a través de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS - que se realiza cada 5 años- se cuenta con datos de realización de mamografía, examen clínico y auto examen, considerándose que esta información es suficiente para hacer seguimiento a la detección temprana (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 5). No obstante, otras posturas mencionan la falta de análisis de la información que arroja la ENDS por la dificultad que tienen los investigadores para acceder a esta y por los problemas en los denominadores poblacionales. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 12)</p> <p>Otra fuente de información reportada es el RIPS, pero cuenta con un subregistro importante, según lo manifestaron algunos actores (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 2). También está el reporte de las actividades de protección específica y detección temprana por parte de los aseguradores -Resolución 4505/2012- y los indicadores de calidad - Resolución 256/2016- que reportan los diferentes actores de salud. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 11)</p> <p>Respecto a la información del procedimiento de mamografía que se reporta según Resolución 4505, se cuestiona la calidad del dato, pues el reporte que llega es de todas las mamografías y los filtros que se realizan no permiten identificar si son de detección temprana o seguimiento. Además, los médicos no colocan la finalidad del procedimiento y es el facturador el que ingresa esta información. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 13)</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>A nivel nacional se encontró una débil injerencia en los aseguradores en cuanto la falta de seguimiento a las metas que deben cumplir los prestadores. Esto denota la baja capacidad para administrar el aseguramiento de su población con su red prestadora (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 1). Desde la perspectiva de las entidades de vigilancia, a partir de la información de la Cuenta de Alto Costo, se encontró que las EPS presentan un bajo nivel de implementación y fallas en el funcionamiento de las estrategias. (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 2)</p>	<p>Recientemente, el Instituto Nacional de Salud INS incluyó dentro de la vigilancia, el cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino. Esta fuente cuenta con información a partir del diagnóstico de la enfermedad, pero no permite ver los tiempos entre la primera consulta y la fecha de diagnóstico. Según el protocolo, el asegurador debe reportar la oportunidad en el diagnóstico e inicio de tratamiento, pero este aspecto aún se encuentra en ajuste (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 8). Así mismo, la notificación de los laboratorios de patología requiere de un lineamiento específico, pues no se notifican los eventos en el momento de reportar su estudio, perdiéndose la oportunidad de generar una alerta al asegurador frente a un diagnóstico positivo y poder hacer seguimiento en la confirmación clínica y el inicio del tratamiento (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 9).</p> <p>Aunque la normatividad ha hecho énfasis en tener fuentes que permitan ver el estadio clínico del diagnóstico de la enfermedad, hasta el momento solo la cuenta de alto costo inició su reporte a partir del 2016, lo que significa que se requerirá un tiempo para tener cohortes que permitan examinar tendencias frente a este indicador (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 6).</p> <p>Por su parte, la persona entrevistada de la Superintendencia de Salud explicó que esta entidad realiza la inspección y vigilancia al cumplimiento de las normas y su implementación (a cargo de la delegada institucional) utilizando indicadores de accesibilidad, oportunidad, etc. En cuanto al riesgo (a cargo de la delegada de riesgo), se hace análisis de cohortes, identificación de puntos críticos y auditorías en donde se generan alertas y planes de mejoramiento, pero no se imponen sanciones. No se cuenta con instrumentos propios y específicos para el tema de cáncer de mama, utilizan diferentes fuentes de información disponibles: el reporte de la Resolución 4505, los indicadores de calidad de la Resolución 256, la información de las peticiones, quejas y reclamos, la información de la cuenta de alto costo entre otros (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 10 y 11).</p> <p>En el caso de los aseguradores, en este caso Ecoopsos, se mencionaron dificultades para obtener la información que exige la Resolución 4505. A pesar de realizar las estimaciones en forma semestral para cada municipio y disponer de información de las usuarias para que las IPS hagan la demanda inducida, el reporte es muy bajo y los resultados no se envían. Esta situación genera reprocesos, pues hay que realizar la búsqueda en otras bases de datos, como autorizaciones; además de tener que contratar personal adicional para obtener la información y poder mejorar el reporte al Ministerio (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 13).</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>A nivel nacional se encontró una débil injerencia en los aseguradores en cuanto la falta de seguimiento a las metas que deben cumplir los prestadores. Esto denota la baja capacidad para administrar el aseguramiento de su población con su red prestadora (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 1). Desde la perspectiva de las entidades de vigilancia, a partir de la información de la Cuenta de Alto Costo, se encontró que las EPS presentan un bajo nivel de implementación y fallas en el funcionamiento de las estrategias. (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 2)</p>	<p>Por su parte, las IPS reportan dificultades con las bases de datos que envían los aseguradores, pues las usuarias no aparecen activas al momento de pedir las autorizaciones, lo que impide prestar el servicio. La aplicación a nivel territorial de la resolución 4505 implica un proceso de validación y de autorización que resulta complejo e implica un mayor gasto de recursos para los prestadores y aseguradores (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 12).</p> <p>En cuanto al entrenamiento del talento humano, el INC utiliza una metodología avalada por la Sociedad de Mastología, realizando por lo menos tres encuentros al año en donde se examinan casos clínicos y entrenan a los médicos en la realización del examen clínico del seno. Cundinamarca también ha realizado capacitaciones de tipo informativo en donde participan hasta 300 personas. Sin embargo, desde la experiencia del INC lo ideal es realizar talleres de entrenamiento para grupos de 20 a 25 personas (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 7 y 21).</p> <p>En la operación de las estrategias de detección temprana, los actores han observado que no hay suficiente personal y en una sola consulta médica se realizan todas las actividades de promoción y prevención. En algunas IPS se ha encontrado que no hay programas organizados, ni cronogramas y agendas para estas actividades. Tampoco hay un responsable a cargo de las metas del programa, pues en muchos casos, la enfermera es la que se encarga de realizar todas las actividades (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 15).</p>
Departamental	<p>A nivel departamental se evidenció un alto grado de voluntad política para la implementación de las estrategias, logrando permear al nivel municipal.</p>	<p>La calidad de los mamógrafos es otro tema crucial en el departamento. Según un especialista asesor de la Secretaría de Salud, se han encontrado mamógrafos que no cumplen con las condiciones para estar operando y son utilizados en mujeres menores de 40 años, lo que contradice las indicaciones de las Guías de práctica clínica (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 19). También se dan fallas en la lectura de mamografías, ya que los radiólogos en sus reportes no hacen una adecuada clasificación del diagnóstico. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 20)</p> <p>En Cundinamarca se ha implementado la estrategia de ‘consultorios rosados’, una iniciativa de Laboratorios Roche, quienes suministran capacitación, convocatoria de mujeres y promoción de mamografías. Sin embargo, esta estrategia no logra dar una solución integral, pues se ha aplicado en zonas distantes donde, en algunos casos, las mujeres acceden a la mamografía, pero luego tienen dificultades en el acceso a la biopsia y al tratamiento. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 22)</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Departamental	<p>A nivel departamental se evidenció un alto grado de voluntad política para la implementación de las estrategias, logrando permear al nivel municipal.</p>	<p>La EPS Convida mencionó que se han realizado procesos de auditoría, encontrado que a la misma mujer que se le realizó una mamografía, luego aparece con un diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Como consecuencia, dentro de la institución se decidió integrar las políticas y los programas de cáncer de seno y cuello uterino (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 23).</p> <p>A nivel departamental se reconoce como principal fuente de información el reporte de la Resolución 4505, aunque la Gobernación cuenta con un sistema de información propio que permite saber cuántas mujeres se caracterizaron, se atendieron, salieron positivas y están en seguimiento (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 17). La Secretaría de Salud realiza vigilancia y acompañamiento, aunque a veces se presentan casos de intervención directa. Desde el punto de vista administrativo, las EPS siguen presentando dificultades por la falta de autorizaciones claras, no tienen contratados los servicios de mamografía y tampoco diferencian las tarifas por aspectos geográficos. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 18)</p>
Municipio de Chía	<p>Por su parte, el Hospital de Chía cuenta con tecnología e infraestructura apropiada para la detección y atención del cáncer de mama de toda la población. Sin embargo, la población de estrato 3 del municipio percibe que el Hospital solo atiende a población pobre o del régimen subsidiado. Esto se ha convertido en una barrera para que el Hospital pueda crecer y ser más visible para toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 4).</p>	<p>En el nivel municipal, la Secretaría de Salud de Chía en articulación con el hospital del municipio, realiza visitas domiciliarias, identificando el riesgo y canalizando a las usuarias para ser atendidas durante las jornadas o por consulta prioritaria. Esto permite que se haga seguimiento a quienes salen positivas y se faciliten los trámites (Ver Anexos, tabla 20 testimonios 25 y 26).</p> <p>Respecto de los sistemas de información, la Secretaría de Salud de Chía menciona hacer el reporte de la información en el formato del departamento. También señala la necesidad de fortalecer la estructura de dicho formato para que sea un insumo más certero en la planeación de políticas (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 27y 28).</p> <p>En cuanto al seguimiento de los casos de las mujeres positivas, en el primer nivel se les hace acompañamiento con el personal médico y de psicología. Así mismo, se contempla una sensibilización a la familia siendo la EPS la encargada de definir la red y dar continuidad al tratamiento (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 29). Sin embargo, la Secretaría de Salud de Chía detectó falencias en la actualización y especificidad de las bases de datos, lo que dificulta encontrar a las pacientes para la canalización o seguimiento (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 30).</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Municipio de Chía	<p>Por su parte, el Hospital de Chía cuenta con tecnología e infraestructura apropiada para la detección y atención del cáncer de mama de toda la población. Sin embargo, la población de estrato 3 del municipio percibe que el Hospital solo atiende a población pobre o del régimen subsidiado. Esto se ha convertido en una barrera para que el Hospital pueda crecer y ser más visible para toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico (Ver Anexos, tabla 19, testimonio 4).</p>	<p>En el hospital de Chía se mencionó la autocapacitación que hacen los médicos generales y los especialistas a los mismos médicos de la institución. Si bien los hospitales especializados como la Samaritana y Facatativá brindan capacitación periódica (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 31), se requiere un mayor fortalecimiento y continuidad.</p> <p>Tanto el hospital como la Secretaría de Salud de Chía mencionaron la existencia de dificultades administrativas al pedir las autorizaciones a las EPS, pues no existen unas tarifas propias para la salud y no se distinguen los costos económicos asociados a las distancias para prestar un servicio en municipios o zonas dispersas (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 33). Además, no hay seguimiento a la contratación que se realiza con las IPS, esta se hace en función de los costos y no teniendo en cuenta a los afiliados. Por último, no hay coordinación con la Secretaría para la gestión del riesgo (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 34).</p> <p>En lo relacionado con las acciones de vigilancia que realiza la Secretaría de Salud de Chía, aunque más del 85% de la población es de régimen contributivo, se tiene la concepción de que solo se vigila al régimen subsidiado (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 34). Frente a las acciones del PIC que están a cargo del hospital, la Secretaría hace un seguimiento estricto buscando que estas generen impacto en la población (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 36). También se le realiza seguimiento a las IPS y su cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento según la Resolución 412/2000. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 37)</p> <p>Los actores del municipio consideran importante la vigilancia financiera a los recursos que manejan las EPS, tanto de la UPC como del porcentaje de administración, con el fin de asegurar una mayor transparencia en el manejo de estos recursos (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 38).</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
<p>Municipio de Soacha</p>	<p>Esto se ratifica en el municipio de Soacha, en donde se reconoce el énfasis de la Gobernación en la detección temprana del cáncer de mama; no obstante, el Secretario de Salud señala la falta voluntad de las EPS, aspecto que se evidencia al observar los bajos resultados de las coberturas. (Ver Anexos, tabla 19, testimonios 3,5 y 6)</p>	<p>En el caso del municipio de Soacha se encontraron particularidades que influyen de manera importante en la implementación de las estrategias de detección temprana. Su cercanía con la ciudad capital Bogotá hace que su población esté concentrada en los 26 kilómetros contiguos a dicha urbe. Tiene una población mayor a la proyectada por el DANE (según la Secretaría de Salud del municipio, un millón doscientas mil personas aproximadamente), además de tener un fenómeno importante de desplazamiento. Se considera como una ciudad-dormitorio porque tiene costos más baratos para vivir, pero la mayoría de sus pobladores trabajan en Bogotá.</p> <p>En cuanto al sistema de salud, un 83% de la población pertenece al régimen contributivo. No obstante, las EPS solo contratan el primer nivel de atención en Soacha mediante IPS Privadas, mientras que los servicios complementarios o especializados los prestan en Bogotá, por lo general al extremo norte de la ciudad. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 39)</p> <p>El Hospital Mario Gaitán Yanguas es considerado la IPS pública más importante del municipio, y la población que más atiende pertenece al régimen subsidiado. La institución se encarga de la ejecución de las actividades de la Resolución 412 del 2000, incluyendo la detección temprana del cáncer de mama. También cuenta con consultorio rosado para atención diferencial a las mujeres (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 40 y 43). Sin embargo, el Hospital no ofrece directamente la toma de mamografía, sino que la subcontrata con otro prestador, la lectura es enviada y procesada en Bogotá, para ser devuelta al municipio. Igualmente, las mujeres que requieren biopsia y tratamiento son remitidas por las EPS a la red prestadora de la ciudad de Bogotá.</p> <p>En lo que respecta al seguimiento, la Secretaría de Salud de Soacha lo realiza desde el municipio con la red prestadora de Bogotá, ya que las usuarias deben desplazarse hasta la ciudad. Esta situación, opuesta a lo observado en Chía, presentada tanto en los prestadores públicos como privados (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 40,41, 44 y 58), ocurre porque a pesar de la alta demanda, no existen consultorios particulares y los especialistas no se trasladan hasta Soacha.</p> <p>Los factores anteriormente mencionados, sumados a la falta de recursos financieros para cubrir la demanda de la población, influyen en la fragmentación en la atención, la falta de continuidad en los tratamientos y traen como consecuencia el aumento en la mortalidad. (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 46 y 47)</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Municipio de Soacha	<p>Esto se ratifica en el municipio de Soacha, en donde se reconoce el énfasis de la Gobernación en la detección temprana del cáncer de mama; no obstante, el Secretario de Salud señala la falta voluntad de las EPS, aspecto que se evidencia al observar los bajos resultados de las coberturas. (Ver Anexos, tabla 19, testimonios 3,5 y 6)</p>	<p>En lo relacionado con el entrenamiento del talento humano, la Secretaría de Salud del municipio ha hecho un esfuerzo importante en capacitar en las guías de práctica clínica, logrando convocar alrededor de 100 IPS públicas y privadas; sin embargo, no hay evidencia del impacto que generan las mismas (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 45). De otra parte, en los centros donde se maneja personal de servicio social obligatorio, se encuentran falencias en formación básica sobre temas de promoción y prevención. Si bien se les realiza un proceso de capacitación, estas personas rotan rápidamente (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 40).</p> <p>En lo que tiene que ver con la vigilancia, la Secretaría de Salud expresó dificultad para hacer la revisión en las IPS, aunque se ha logrado encontrar problemas de contratación que afectan el diagnóstico y el tratamiento y propone que este trabajo se articule con el departamento para fortalecerlo (Ver Anexos, tabla 20, testimonios 51 y 52). También hay problemas con las bases de datos, especialmente en el régimen subsidiado, lo que dificulta la ubicación y la facturación de los servicios. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 56)</p> <p>En el marco del <i>Pacto por la salud</i> se ha logrado hacer un trabajo articulado con la comunidad mediante la estrategia de cuadrantes saludables, que busca fortalecer la detección temprana y el acceso a las rutas de atención, para así, disminuir las barreras de acceso (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 54). Sin embargo, hay EPS que manifiestan que en Soacha no hay claridad sobre quién es el referente para cáncer de mama; pues la Secretaría de Salud no dispone de todos los datos. (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 39)</p> <p>Un factor importante en el municipio es la problemática social que desborda la capacidad del municipio. Para manejar este contexto, desde la Secretaría de Salud se pide una mayor intervención desde el nivel departamental y nacional. Sin embargo, las rutas integrales de atención se convierten en una herramienta para ordenar las intervenciones que están basadas en una mejor evidencia científica (Ver Anexos, tabla 20, testimonio 57).</p> <p>Aquí se evidencia que la implementación de las estrategias de cáncer de mama se ve afectada por factores externos asociados a determinantes sociales estructurales que limitan su operativización de acciones en el nivel territorial.</p>

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 14

Hallazgos Categoría Servicios de Detección Temprana

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>Al respecto, en el nivel nacional, se evidenciaron algunas dificultades asociadas a criterios diferenciales frente a la edad de inicio para la toma de la mamografía. Si bien la Guía de práctica clínica nacional establece claramente que este procedimiento se debe realizar a partir de los 50 años, cada dos años, como prueba de tamizaje a toda la población; algunos actores en Cundinamarca manifestaron que en el programa se viene promocionando el examen clínico a partir de los 35 años y la remisión a mamografía, según criterio médico. También se mencionó que los diferentes aseguradores dan mensajes contradictorios generando confusión en las mujeres (Ver Anexos, tabla 21, testimonios 3 y 13).</p> <p>Esto denota que, aunque existe una norma clara en el nivel nacional, al hacer el proceso de adaptabilidad en los territorios, los actores hacen interpretaciones diferentes que pueden afectar el componente técnico del programa y el proceso de territorialización de la política (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 1). También es importante tener en cuenta que, aunque hay estudios que demuestran una reducción de la mortalidad utilizando estas pruebas de tamizaje, falta profundizar la discusión sobre cuanta mortalidad se puede prevenir y cuanto sobre diagnóstico se puede producir con estas intervenciones. (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 8) Esto está conceptualizado como “nivel de consenso sobre objetivos” o “nivel de estructuración del problema” en la literatura sobre implementación</p> <p>De otra parte, los actores sugieren que el examen clínico debe entenderse como una tecnología en salud (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 2), lo cual implica que tenga un protocolo estandarizado, un registro y un código de atención que permitan su facturación. La ausencia de este protocolo influye en que dicho examen no se realice durante la consulta médica y se haga únicamente si la usuaria refiere algún síntoma y lo solicita directamente. Tampoco aparecen registros que permitan hacer un seguimiento a su ejecución, por lo que se hace necesario ajustar este proceso (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 2).</p>	<p>Al respecto, en el nivel nacional, los expertos identificaron dificultades para medir el estadio clínico del cáncer de mama. En el año 2016 se inició el reporte a la Cuenta de Alto Costo, aunque tiene un subregistro importante, se ha podido identificar que la mayoría de mujeres de régimen subsidiado no tienen registrado el estadio: de las registradas, solo el 40% llega en estadios tempranos. En el régimen contributivo es mejor el registro, y en los no asegurados la mayoría llegan en estadios avanzados (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 1). Para el INS, la mayoría de los casos están en estadios avanzados, entre el 75% y 80% (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 4).</p> <p>Algunos investigadores también coinciden en que las coberturas siguen siendo bajas, en parte, porque no se han realizado de manera escalonada. El Ministerio y el INC tuvieron una experiencia de dos años en cinco ciudades de mayor riesgo, pero esa iniciativa no tuvo continuidad (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 3).</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>En el acceso al examen clínico y la mamografía, los actores coinciden en que las mujeres no exigen sus derechos por falta de educación y cultura, además del “miedo” al diagnóstico de la enfermedad y a las implicaciones del tratamiento (Ver Anexos, tabla 21, testimonios 4 y 9). Desde las organizaciones de la sociedad civil también se comparte esta visión que afecta en mayor medida a las mujeres de régimen subsidiado (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 14). La falta de pedagogía se evidencia como factor importante asociado a aspectos socioculturales y educativos que determinan el acceso de las mujeres a los servicios de salud.</p> <p>Por su parte, algunos expertos señalaron que en el diseño de las políticas faltó hacer un análisis más de fondo en cuanto cómo llegar a las mujeres sanas, lo que implica el hecho de que “se medicalicen”, y de cómo hacerlas conscientes del riesgo que corren al no hacerse estos chequeos (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 2). Esta brecha probablemente incida en la territorialización de las políticas.</p> <p>De otra parte, se considera que el PDCC fue muy ambicioso planteando la realización de las pruebas en todo el país, sin contemplar el escalamiento y la adaptabilidad que exigen estas intervenciones en las diferentes zonas geográficas (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 6). Sin embargo, en el acceso a las mamografías se debe privilegiar a las mujeres que tengan mayor riesgo, como aquellas que tienen familiares en primera línea de cáncer de mama. Esta intervención se debe fortalecer en la implementación de las estrategias (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 7).</p>	

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>Dentro de las barreras para el acceso a las mamografías, se destaca que dicho examen se realice fuera de su lugar de residencia (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 10) y que las mujeres deban pasar por una consulta para que se les ordene el procedimiento y no acudan; sumado a esto, si se requiere biopsia se deben hacer más tramites, lo que genera más demoras en la atención (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 11). También se nombró la falta de disponibilidad de agendas para este tipo de intervenciones y la reprogramación o incumplimiento en las jornadas de tamizaje, debilitando la credibilidad de estas estrategias en la población (Ver Anexos, tabla 21, testimonios 16 y 17).</p>	
Departamental	<p>Desde la Secretaría de Salud de Cundinamarca se ha tratado de desmitificar los temas culturales que hacen que las mujeres no consulten tempranamente, como el caso de solo asistir a consulta si presenta dolor cuando el mayor riesgo está asociado a masas indoloras; la utilización de remedios paliativos para calmar síntomas iniciales de la enfermedad, y la no realización de la auto palpación (Ver Anexos, tabla 21, testimonios 18, 19 y 20). También el “terror a la mastectomía” hace que se prefiera acudir a un curandero en detrimento de asistir a una consulta médica (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 21).</p> <p>Dentro de las barreras asociadas a las EPS se nombró la falta de autorizaciones claras, la no contratación de servicios de mamografía y el acceso geográfico. Las IPS también tienen barreras como la falta de disponibilidad de personal médico y la escasa capacitación en detección temprana (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 18).</p>	<p>Por su parte, en el departamento de Cundinamarca la persona entrevistada de Ecoopsos relató que cuenta con equipos extramurales para hacer caracterización poblacional, identificar mujeres en riesgo y canalizar a las IPS. También realizan brigadas que permiten llevar a cabo una tamización adecuada, para luego direccionar a la consulta o a la ruta de atención específica si se requiere (Ver Anexos, tabla 22, testimonios 5 y 6). Entre tanto, la Secretaría de Salud de Cundinamarca, con base en la información que allí se maneja, consideran que ha mejorado el registro de mujeres en estadios tempranos, pero siguen identificándose casos extremos de mujeres en estadios avanzados. (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 7)</p>

Municipio de Chía	Los actores del nivel municipal también señalaron la costumbre de no asistir a las citas médicas por miedo al diagnóstico de cáncer, así como las barreras administrativas asociadas a la inexistencia de convenios, y, por consiguiente, retrasos en el tratamiento (Ver Anexos, tabla 21, testimonios 22 y 23). Por último, las demoras en las citas y los lugares distantes del sitio de residencia influyen en la accesibilidad. (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 24)	En el caso de Chía, según la Secretaría de Salud del municipio, el esquema de movilizaciones ha servido para mejorar la garantía del acceso a mamografías (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 8).
Municipio de Soacha	<p>En Soacha también se presentan barreras geográficas, especialmente con las mujeres que residen en las zonas rural y rural dispersa, aunado a los altos costos en desplazamientos fuera de la zona de residencia (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 25). Así mismo, la vida laboral –formal e informal- y el papel de madre o cuidadora de niños determina la inasistencia (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 27).</p> <p>A pesar de que la estrategia de ‘cuadrantes saludables’ ha servido para caracterizar las mujeres que se encuentran dentro de la población desplazada que llega a Soacha, la mayoría no tiene ningún tipo de afiliación al sistema de salud (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 26). Sumado a lo anterior, está el fenómeno de migración de mujeres venezolanas ilegales, a las cuales no se les pueden brindar estos servicios (Ver Anexos, tabla 21, testimonio 28).</p>	En Soacha, Bienestar IPS de la Nueva EPS reporta que la mayoría de las mujeres siguen siendo identificadas en estadios avanzados (Ver Anexos, tabla 22, testimonio 9).

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 15

Hallazgos Categoría Participación social

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>Al respecto, se destaca la existencia de campañas de movilización a nivel mundial que han dado visibilidad a la prevención del cáncer de mama, como la campaña del lazo rosado que ayuda a que las mujeres se sensibilicen frente al autoexamen, la mamografía y otras acciones de prevención (Ver Anexos, tabla 23, testimonio 2). A nivel nacional, la Liga Colombiana Contra el Cáncer –que reúne 30 ligas en el país- y otras fundaciones realizan grandes movilizaciones, carreras y concursos; además de utilizar el arte y las redes sociales y medios para campañas digitales buscando sensibilizar sobre el tema del cáncer de mama (Ver Anexos, tabla 23, testimonios 5,6,7,8 y 9).</p> <p>A nivel nacional también se reconocieron algunos espacios de interacción ente las entidades del gobierno y las organizaciones de la sociedad civil. Particularmente, el INC brinda apoyo técnico para la unificación de los mensajes que promueven dichas organizaciones buscando que las mujeres no se confundan sobre los pasos que deben seguir para la detección temprana de esta enfermedad (Ver Anexos, tabla 23, testimonios 1 y 2). Además, no hay una medición del impacto de las acciones de movilización social, pues es difícil medir el uso de servicios relacionándolos con las acciones educativas que las fundaciones despliegan. (Ver Anexos, tabla 23, testimonio 10)</p> <p>En lo relacionado con la financiación de estas fundaciones, sus representantes manifestaron que se hace principalmente a través de la presentación de proyectos a donantes, teniendo en cuenta que no tienen apoyo del Estado por lo que es difícil tener una cobertura amplia (Ver Anexos, tabla 23, testimonio 3).</p>	<p>Según las fundaciones y organizaciones de pacientes, se busca que las mujeres participen en el proceso de implementación de las estrategias de detección temprana, utilizando una comunicación clara y trabajando de forma articulada con las entidades territoriales y el Ministerio (Ver Anexos, tabla 24, testimonio 1). Dichas instituciones que han estado más orientadas al “asistencialismo” buscando ayudar a mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer, han hecho un autoaprendizaje para poder tener una mayor incidencia en los temas de la política de cáncer.</p> <p>Por su parte, según refiere un representante de Ecoopsos, al ser esta una empresa comunitaria también trabaja con las alianzas de usuarios, que a través de grupos de trabajo ayudan en la detección temprana y la canalización a los servicios de salud (Ver Anexos, tabla 24, testimonio 3).</p>
Departamental	A pesar de los esfuerzos, la mayoría de estos se concentran en las grandes ciudades y no se realizan en las zonas rurales de los municipios. (Ver Anexos, tabla 23, testimonios 9 y 11)	

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Municipio de Chía	Por su parte, desde el municipio de Chía se reconoció la falta de recursos para educar a las organizaciones de usuarios existentes, así mismo para apoyarlos económicamente y que puedan desplazarse a las zonas distantes donde los servicios de salud no llegan (Ver Anexos, tabla 23, testimonio 12). Como consecuencia, al no haber presencia en zonas alejadas difícilmente se pueden obtener mejores coberturas de las estrategias de detección temprana.	En el municipio de Chía se han generado espacios con las asociaciones de usuarios para socializar la problemática alrededor de cáncer de mama y las estrategias de detección temprana de la enfermedad. Se ha buscado que estas organizaciones coadyuven en sensibilizar a las mujeres frente al autocuidado de su salud, sin embargo, se manifestó no tener un mayor impacto. También existen los comités de salud, que conjuntamente con el hospital público, formulan planes conjuntos en beneficio de la comunidad (Ver Anexos, tabla 24, testimonios 5 y 6).
Municipio de Soacha	En el nivel municipal, un elemento para resaltar en la implementación es el reconocimiento que hacen las asociaciones de usuarios de Soacha a las acciones de implementación de la Secretaría de Salud de ese municipio, es el caso de las movilizaciones que han permitido articular esfuerzos de varias entidades y mejorar la comunicación con el usuario (Ver Anexos, tabla 23, testimonio 13).	En el municipio de Soacha las quejas se relacionan con las demoras en el acceso a las consultas y definición de tratamiento. Aunque las asociaciones de usuarios colaboran en las iniciativas de la Secretaría de Salud, promoviendo reuniones periódicas con las veedurías y los comités de participación comunitaria en salud COPACOS. (Ver Anexos, tabla 31, testimonios 7 y 8)

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 16

Hallazgos Categoría Coordinación Intrasectorial

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Nacional	<p>Por consiguiente, desde el nivel nacional se evidencia en la falta de coordinación y la ausencia de un objetivo común, luego este proceso es considerado como regular (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 1). Existen algunos espacios de articulación entre el Ministerio y el INC con el fin de mejorar procedimientos, como, por ejemplo, que los médicos generales prescriban mamografías (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 2).</p> <p>A nivel territorial, se percibe un bajo liderazgo de la autoridad sanitaria para que las estrategias funcionen. La percepción de los actores indica que se ha perdido la mirada territorial, que el control lo tienen los aseguradores y que las Secretarías han perdido la capacidad de gestión (Ver Anexos, tabla 25, testimonios 3 y 4).</p> <p>Por su parte, las organizaciones de la sociedad civil perciben falta de continuidad en las políticas por parte de las Secretarías de Salud, y lo relacionan con los intereses propios de cada gobernante durante su periodo de gobierno (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 5). La creación de intereses propios, como institución, hace que tanto las fundaciones como las IPS y EPS no logren coordinarse y comunicarse entre ellas mismas (Ver Anexos, tabla 25, testimonios 6, 7 y 8).</p>	<p>Al nivel nacional, el INC y el Ministerio han trabajado juntos en el tema de la formulación del PDCC. Por estructura orgánica, existen espacios de coordinación como el observatorio de cáncer, pero no se tiene claridad sobre su funcionamiento. También se cuestiona la capacidad técnica y la base técnico-científica de las discusiones que se plantean en estos espacios, pues pasan a ser de tipo político, más que técnico. (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 1)</p> <p>Dentro de la Superintendencia de Salud se está tratando de articular esfuerzos con los responsables de las sanciones para mejorar lo que está fallando (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 2). Para ellos, es mayor la interacción entre el asegurador y el prestador, en detrimento de la interacción entre el asegurador y el territorio. Esto se da porque la Entidad territorial no tiene el suficiente liderazgo y no se logra una integralidad en las acciones frente a los determinantes sociales que afectan la territorialización de las políticas.</p> <p>Igualmente, entre las entidades del nivel nacional también existe desarticulación, pues mientras el Ministerio realiza el acompañamiento a los territorios, la Supersalud está encargada de las EPS y ambos no logran actuar hacia un mismo fin (Ver Anexos, tabla 26, testimonios 3 y 4). Tanto en las instituciones públicas como en las privadas, sigue existiendo desarticulación en la implementación de las estrategias de detección temprana (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 5).</p>

Territorio	Hallazgos Territorialidad	Hallazgos Territorialización
Departamental	Así mismo, coinciden en que la entidad territorial es la que debe articular a los actores, por eso consideran que la iniciativa de las movilizaciones que realiza la Gobernación de Cundinamarca es una buena alternativa para fortalecer las estrategias de detección temprana (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 9).	A nivel departamental, también se ha encontrado falta de coordinación entre los responsables de las IPS y quienes toman las mamografías para que las usuarias tengan un acceso rápido y oportuno. La Gobernación ha tratado de darle la facilidad a las usuarias en las citas, el transporte y la realización de mamografías cerca de ellas (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 6). A pesar de esto, falta mayor empoderamiento, no se utilizan bien los recursos y hay baja participación local. (Ver Anexos, tabla 26, testimonios 7 y 8)
Municipio de Chía	Sin embargo, en el municipio de Chía en el último periodo ha mejorado la articulación con las EPS del régimen contributivo, pero los funcionarios dependen de su sede central en Bogotá, lo que dificulta en ocasiones la articulación de acciones (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 10).	En el municipio de Chía se ha trabajado por fortalecer la interacción con las EPS del régimen contributivo, pero la coordinación de acciones se dificulta pues no existen sedes en Chía y su sede central está en Bogotá. (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 9)
Municipio de Soacha	En el caso de Soacha se presentan dificultades de articulación entre las EPS e IPS alrededor del uso del mamógrafo, pues este solo se utiliza para mujeres de régimen subsidiado, excluyendo a las mujeres del régimen contributivo que también podrían utilizarlos (Ver Anexos, tabla 25, testimonio 11). Estos son temas de optimización y mejor uso de la tecnología disponible que permitirían mejorar el proceso de implementación.	En el municipio de Soacha se ha trabajado en un pacto por la salud, en donde los actores se comprometen a mejorar el acceso a los servicios, pero no se evidenció claramente cómo se coordinan las acciones de detección temprana del cáncer de mama (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 10). También se resaltó como un logro que la Superintendencia haga presencia en el municipio, buscando mejorar los procesos de implementación de las políticas por parte de las diferentes instituciones. (Ver Anexos, tabla 26, testimonio 11)

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 17

Citas Territorialidad- Categoría Instrumentos de acción pública

No	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialidad
Nivel Nacional		
1	Directivo- Minsalud	“(…) Los conocimientos sobre el Plan incluyen (aportes) desde la misma formulación (…) Colombia es de los países más fuertes que ha formulado políticas con respecto a eventos de interés en salud pública”.
2	Experto investigador en cáncer	“(…) Un elemento importante fue tener un sustento teórico (…) y creo que es una de las fuerzas que plantea el modelo es la necesidad de combinar detección temprana con tratamiento, (…) antes cada cosa rodaba por su lado (…) Mucho del actuar que hacíamos antes era sin formación, sin una orientación apropiada de los datos (…) durante mucho tiempo actuamos por corazonadas, alguien venía con una idea brillante y se desarrollaba. En el tema de cáncer, ha habido un avance importante, con una información clara, falta recoger información al seguir las intervenciones, para hacerle ese seguimiento”
3	Experto investigador	“(…) Me parece perfectamente válido decir que la tecnología nos respalda, porque fijate que el atlas nos demuestra que todavía estamos con la mortalidad siguiendo la incidencia, eso ya no pasa en los países desarrollados (…)”
4	Experto Minsalud	“(…) Se reconoce el potencial del Plan para <i>“tamización, y lo que se pueda hacer en detección temprana para incidir en la mortalidad y morbilidad de estas enfermedades. El PDC es un plan de diseño de muchas instituciones involucradas en el tema, se construyó en base a lo que se tenía en antecedentes de las enfermedades de cáncer, de lo que se tenía en base a todos los programas que se venían haciendo en salud pública, y de acuerdo a las necesidades que tenía, o tiene el país para lograr unas metas que se proponen en este PDC, y que se considera, va en beneficio de esta población y de todo el sistema de salud (…)”</i>
5	Operativo –INS	“(…) Se reconoce como un marco normativo importante y complementario la Ley 1384 de 2010: <i>El plan decenal de cáncer está referenciado frente a las leyes que tenemos, la ley “Sandra Ceballos” que es la del control del cáncer, y el plan decenal de salud (…)”</i>
6	Directivo – Supersalud	“(…) Se evidencia conocimiento de la política desde varios ámbitos: <i>“el ámbito general del plan de cáncer; y desde el tema de cáncer de mama; desde plan decenal que es uno de los objetivos estratégicos; desde el MIAS, la ruta del cáncer, y a partir de la revisión con varias instancias de la ruta del cáncer de mama (…)”</i>
7	Directivo INC	“(…) Cáncer de mama, patología que tiene más alta incidencia en mujeres y la que tienen más alta tasa de mortalidad. Una de las líneas a la que se le ha dado más énfasis e importancia es a la línea de detección temprana del cáncer: <i>“se pretende reducir la mortalidad prematura por cáncer, de las patologías en donde hay disponibilidad de una prueba que pueda ser aplicada a la población asintomática (…)”</i> .
8	Directivo INC	“(…) considero que no hubo una suficiente articulación entre el Plan Decenal de Salud Pública y el PDC, es lo que he percibido en los entes territoriales donde hacen mucha conexión con el Plan Decenal de Salud Pública pero no con el PDC, quedó muy opacado, no se menciona de manera específica en sus metas, hubiera podido ser más como un complemento, pero parecen dos temas diferentes y el PDC perdió bastante visibilidad”.
9	Directivo INC	<i>Sería excelente si ya empezáramos a ver una reducción de la mortalidad, pero puedo decir que es bueno porque por lo menos no está aumentando; y cuando uno mira las tendencias por departamentos, uno ve que la tendencia al incremento no es tan dramática, solamente dos departamentos, Cesar y Córdoba, tienen esa tendencia hacia el incremento, pero en el resto de los departamentos empieza a verse esa curva aplanándose”</i>
10	Directivo - Fundación	Desde la perspectiva de los usuarios, la representante de la Fundación Simón anota que conoce la existencia del Plan de Salud Pública, y del Plan Decenal: <i>“dentro del Plan Decenal uno de los objetivos es reducir los índices de mortalidad por cáncer de</i>

		<i>mama, dado que es uno de los principales cánceres de mujeres y obviamente es foco dentro del Plan Decenal. Hay muchos esfuerzos desde el Ministerio para reducir la mortalidad, hay esfuerzos donde las organizaciones han tenido tiempo de colaborar, campañas de promoción y prevención.</i>
11	Directivo EPS	<i>“(…) Se hace todo el tema de Plan Decenal y en algunos municipios se concertaron algunas actividades, pero los departamentos han sido demasiado lentos en el tema. Por ejemplo, uno sabe que hay departamentos con alto índice de cáncer de mama y no están haciendo nada (…)”</i>
12	Directivo EPS	<i>“(…)El hecho de que el departamento se haya empoderado de una política, de que tenga un programa y de que jale a todo el mundo, como lo debe hacer el ente en todo el sistema porque el ente es el que debe diseñar todas las políticas y articular todos los actores, pues me parece que es bueno porque ha permitido mover la población, ha articulado a las EPS, en el sentido de que nosotros somos los responsables de la mamografía; alrededor de eso tenemos el programa de “salud femenina”, entonces hacemos otras actividades en el tema de citología. No pienso que sea excelente porque pienso que falta más fuerza en la convocatoria, compartir con las alcaldías, porque las alcaldías tienen responsabilidades en el tema colectivo; entonces, uno ve que la alcaldía colabora con el bus y todo el tema, pero uno no ve el movimiento de las alcaldías (…)”</i>
Nivel Departamental		
13	Operativo EPS Convida-	<i>“(…) El Plan Decenal va muy de la mano con lo relacionado con el área de prevención y detección temprana. Desde EPS como Convida se recalca el marco de la resolución 412 del 2000: “tiene que ver con las rutas que debemos tener para poder detectar de manera oportuna e iniciar tratamiento de manera oportuna. Esto mejora la calidad de vida de estas personas, de su familia, y en la parte psicosocial (…)”</i>
14	Coordinador- Secretaría de salud de Cundinamarca	<i>“(…) “Nos basamos en el Plan Decenal de Prevención contra el Cáncer, porque es un plan que nos da unas líneas de intervención muy claras, donde estamos manejando todo el concepto de prevención, con la parte de modificación de nuestros estilos de vida no saludables, y basados en la búsqueda del riesgo (…)”</i>
Nivel Municipal		
15	Directivo Secretaría Salud Soacha	<i>“(…) En Soacha la segunda causa de mortalidad del municipio son las enfermedades neoplásicas, entre estas está el cáncer de próstata en los hombres y el cáncer de mama y de cérvix en las mujeres: “En este contexto, sabemos que hay unos problemas genéticos que hacen la mayor incidencia en la población, tendencias familiares, pero también hay otros factores de riesgo que inciden allí, y en ese orden de ideas buscamos afectar estilos de vida saludables, afectar determinantes sociales en salud(…)”</i>
16	Directivo Secretaría Salud Soacha	<i>“(…) El mayor logro ha sido el compromiso, como política, desde el alcalde a la cabeza, porque nos permitió que esa estrategia se implementara en nuestro municipio, el cuadrante saludable, y fortalecer los profesionales que tenemos como referentes, y apartados de temas políticos, que tengamos a la cabeza personas que sepan del tema, y en eso hemos logrado estar ajenos al tema político y hemos sostenido a las personas que sabemos están haciendo la tarea como tiene que ser(…)”</i>
17	Operativo Soacha	<i>“(…) Solo priorizamos mortalidades maternas perinatales; pero creo que es bajo el porcentaje de todo lo que se hace con el tema del cáncer”</i>
18	Secretaría Salud Chía	<i>“(…) Si bien los objetivos de la política no los conozco a la minucia, los trabajamos desde los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública, en la dimensión de crónicas no transmisibles. Entonces, todo ese componente de cáncer, de detección temprana lo trabajamos a través de esa dimensión, lo cual se armonizó con nuestro Plan Territorial de Salud (…)”</i>

Nota: Elaboración propia, 2018

Tabla 18
Citas Territorialización- Categoría Instrumentos de Política Pública

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialización
Nivel Nacional		
1	Experto Minsalud	“(…) <i>la reducción de la morbilidad y mortalidad temprana por los diferentes actores.</i> Aquí va implícita toda una serie de estrategias, que las personas conozcan y se adhieran a la guía práctica clínica principalmente, que se adhieran a todo lo que tiene que ver con tamización y diagnóstico temprano. (…)”
2	Experto investigador	“(…) Creo que falto darle un poquito de más vueltas al tema de implementación, y ponerse unas metas razonables en términos de la implementación, es decir, si queremos que esto funcione debemos tener en cuenta las preferencias de las mujeres y nos toca tomar unas decisiones(…)”“(…)Por lo menos si dijéramos que vamos a trabajar en las 5 capitales grandes del país, donde podemos tener mamógrafos y resolver algunas cosas, pero, eso tampoco lo hemos trabajado, lo dejamos todo allí para el país entero cuando realmente va a ser difícil llegarle al país entero; si no podemos llegarle a la totalidad con la citología, con la mamografía menos, es improbable (…)”
3	Directivo EPS	“(…) Qué es lo que me preocupa? Que hay unos recursos de PIC que están allá, y uno dice ¿por qué me piden esto, esto y esto? Los mismos programas están allí, o sea, ya es hora de intercalar y de mirar el riesgo o la prevalencia de enfermedad o prioridades por municipio; pero, el PIC no debe ser generalizado para todo el mundo. Y uno ya sabe que el cáncer de mama debería ser prioridad en algunos municipios (…)”
4	Operativo INS	“(…) Desde la Nación comienza la política y desde allí se empiezan a hacer las rutas de atención integral en salud, y esto les da la pauta a algunos territorios para empezar a implementar estrategias de detección temprana (…)”
Nivel Departamental		
5	Coordinador - Secretaría de salud de Cundinamarca	“(…) <i>Partimos con la elaboración de un plan de acción que nos dice qué metas, qué estrategias, qué intervenciones tenemos; y este plan de acción se socializa a todas nuestras EPS y municipios del departamento, y tenemos la gran fortuna de que todos los 116 municipios dejaron en sus PAS (Planes de Acción en Salud), casi que obligatoriamente como parte del lineamiento departamental, la implementación de acciones de búsqueda de detección temprana del cáncer de mama (…)</i> ”
Nivel Municipal		
6	Secretaría de Salud Chía	“(…)Chía, como municipio categoría 1, no es descentralizado en salud. La prestación de servicios está a cargo del hospital que es de orden departamental; la ley 715 del 2001 establece las competencias del municipio: <i>“para salud pública le apuntamos al cumplimiento de esas metas y esos objetivos, con acciones de prevención de la salud y de la enfermedad; hacemos inducción a la demanda; hacemos canalización a través de los profesionales que son contratados por el Hospital San Antonio, en cumplimiento de la resolución 518 que nos establece que debemos contratar el plan de intervenciones colectivas con la E.S.E. pública, y así lo hemos venido haciendo (…)</i> ”
7	Directivo Hospital de Chía	“(…) Desde el Hospital San Antonio de Chía se menciona que: “partiendo de los planes de desarrollo del municipio, de los objetivos en salud que tenga ese plan, nosotros nos articulamos a ese plan de desarrollo. Como Gerente, hago un plan de gestión para el cuatrienio, e implicamos lo que es el plan de desarrollo del señor alcalde, y de ahí empezamos a trabajar (…)”
8	Secretario Salud Soacha	“(…) Digamos que desde la resolución 518 y el plan “Todos por un nuevo país” venimos trabajando en lo que es la implementación de las políticas públicas, en lo que hace relación a las directrices del Ministerio, y como Secretaría de salud lo que hacemos es adaptarlas a las necesidades del municipio (…)”
9	Operativo Soacha	“(…) Tengo conocimiento del Plan Decenal, pero, no sobre la detección temprana; supongo que uno de los objetivos de la Nueva EPS es estar aliado y dar cumplimiento a los objetivos del Plan Decenal de Salud, aunque, del cáncer de mama, específicamente, no (…)”

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 19

Citas Territorialidad- categoría Capacidad Administrativa

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialidad
Nivel Nacional		
1	Experto Minsalud	“(…) En cuanto a las estrategias de implementación, creo que en esta parte ha habido un poco de dificultad, ha habido de pronto falta de gestión de los aseguradores con las mismas IPS, para que se cumplan las metas y para implementar y ojalá hacer búsqueda activa de las mujeres que deben de tamizarse (…)”
2	Directivo – Supersalud	“(…) Los datos e insumos que tomamos son de la cuenta de alto costo, y ves que la atención no está funcionando y está en un bajo nivel. Digamos que los vigilados se encuentran en unos niveles medios, pero ninguno está realmente haciendo la atención (…)”
Nivel Departamental		
3	Coordinador Secretaría Salud Cundinamarca	“(…) la norma está, la legislación está y la voluntad política está.” “, si tienes voluntad política por los alcaldes, por la Primera Dama, por la coordinadora del plan de intervenciones colectivas, por el gerente; se logra absolutamente todo. (…)”
Nivel Municipal		
4	Directivo Hospital Chía	El hospital tiene la imagen de pertenecer al régimen subsidiado, y por eso se considera que es donde van los pobres; ese es el sofisma que tiene la gente que trabaja en una empresa, la gente de oficina, de estrato 3 hacia arriba. Pero, en realidad, nosotros tenemos servicios de muy buena calidad, y oportunos, eso nos da un marco de referencia para crecer, pero esa barrera no permite que los hospitales crezcamos.
5	Operativo Soacha	A nivel departamental, algunos actores resaltan el papel de la Gobernación: <i>“Ha sido importante que la Gobernación, a través de todos los convenios que hace con nosotros, ha enfatizado en el trabajar en la detección temprana de cáncer de cuello, de mama y de cáncer gástrico. Tenemos una tarea específica de buscar a esas personas, y ha sido positivo, pero hay dificultades para la implementación”</i>
6	Directivo Secretaría de Salud de Soacha	“(…) Esas barreras las podemos solucionar aquí, internamente; el tema es como la voluntad de las EPS, porque el sistema ya está, las normas están, las instituciones del Estado tendrán que unirse para darle forma a esto, pero vienen los temas de gobernanza. Hay que utilizar los bienes entre todos, si se le paga a uno, se le puede pagar al otro, con unas tarifas adecuadas, entonces, creo que ese es un tema que si bien, la norma está allí, hay que entrar a generar la confianza con las EPS, y creo que esa es la función de un ente territorial (…)”

Nota: Elaboración propia, 2018

Tabla 20

Citas Territorialización - Capacidad Administrativa

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialización
Nacional		
1	Directivo-Minsalud	<i>“(…) se requiere que los flujos que llegan, no solo por aseguramiento, se vean articuladas por los recursos que lleguen de diversas fuentes a las direcciones territoriales, tanto por transferencias nacionales, tanto del presupuesto general de la nación, como por el sistema general de participaciones “Aquí hay que resaltar que son fuentes mixtas”, “que llegan por recursos del sistema general de participaciones, como otras que surgen de recursos propios del territorio (…) La ejecución financiera tiene como ordenamiento las dimensiones proyectadas del Plan Decenal, que están orientadas a intervenir el control del cáncer, en donde se incluye la detección temprana (..)”</i>
2	Asesor Minsalud	<i>“(…) Digamos que está la parte de registro de los RIPS, desafortunadamente lo que uno les oye a los aseguradores es que no todos los prestadores informan, especialmente los prestadores de la red pública, hay un subregistro importante en mama, en cuello uterino; entonces no hay ese compromiso porque eso debe surtir un proceso, debe haber la persona que digite, que envíe la información, y la otra parte, si se vigila. (..)” Los clínicos sí tenemos muy mala información de cuáles son esos sistemas de monitoreo y de registro. (..)”</i>
3	Asesor Minsalud	<i>“(…) Digamos que los niveles de vigilancia a nivel central funcionan, pero no tienen el respaldo en los entes territoriales, no en todos, pero en la gran mayoría; y entre más pequeño, con más área rural y más dificultades tenga el ente territorial, se ven más estos problemas, desafortunadamente (..)”</i>
4	Directivo Minsalud	<i>“(…) Comenzando por las herramientas de seguimiento, estas hacen parte de las metas del Gobierno, tanto de presidencia como del sector salud. Así mismo con la herramienta de seguimiento a los planes de acción en salud que se tiene desde el Ministerio de Salud, hay un monitoreo que se le hace a esa ejecución y al avance de las diferentes estrategias orientadas a estas metas que están consignadas en el Plan Decenal y en los Planes de Desarrollo Territorial; aquí participa también la Dirección de Epidemiología y Demografía en el seguimiento a estas metas. (Nacional, Minsalud José Valderrama, 2017) Respecto de otras fuentes de información como el SIVIGILA, desde el MSPS se refiere cómo esta fuente (iniciada desde el 2016 y nueva en este sistema de información) requiere de un afianzamiento por parte de los diferentes actores, y continuidad en el desarrollo del sistema de monitoreo a la calidad del dato. (..)”</i>
5	Directivo INC	<i>“(…) Un indicador al que se le hace seguimiento permanente en el Instituto Nacional de Cancerología es la mortalidad: “es el indicador más grueso en el impacto de las acciones, y en cuanto al cáncer de mama ese indicador siempre ha estado en incremento, pero en el último quinquenio se muestra que en términos nacionales se estabilizó, y la curva de mortalidad ya no va para arriba”. (Respecto del atlas de mortalidad, el INC mencionó tener en cuenta “el análisis de los mayores riesgos de morir por cáncer de acuerdo con las diferentes patologías” de acuerdo con este análisis se programan las visitas, que suelen ser tres anuales: “visitamos los territorios que tienen más alto riesgo de morir por cáncer” (..)”</i>
6	Directivo INC	<i>“se considera que en factores de riesgo no hay nada que vigilar, porque en cáncer de mama no hay ningún factor de riesgo al cuál se le pueda hacer vigilancia, solamente la participación en mamografía, examen clínico y el auto examen, en donde gracias a la encuesta de demografía y salud tenemos los datos cada 5 años, y eso es suficiente”. (Nacional -INC Carolina Wiesner, 2017) El INC plantea también que la vigilancia de la incidencia es importante, y que “se cuenta de forma afortunada con los registros poblacionales de cáncer que dan la incidencia. Cada vez más por la reglamentación se exige que se pueda saber el estadio clínico” (..)”</i>
7	Directivo INC	<i>“(…) Respecto del fortalecimiento del talento humano, el INC menciona la programación de tres encuentros regionales anuales, en estos procesos se incluyen generalmente “módulos sobre el cáncer de mama y van los especialistas mastólogos del INC, donde se realizan talleres con los médicos generales y se usan los modelos y los casos clínico (..)”</i>

8	Operativo INS	<i>“(…) Entonces, los casos que tienen notificación positiva ingresan al sistema con unas variables que están notificadas en la ficha. Se incluyen unas variables básicas y específicas, por ejemplo, demográficas y sociales; y cuando es cáncer de mama, se registra la fecha de la toma de la biopsia; la fecha del resultado de la biopsia que está en el reporte; el tipo de cáncer y el estadio en el cual se encontró en ese momento. ... “hay un segundo tiempo de notificación, que es la oportunidad de tratamiento, que es desde el momento en el que se hace la notificación hasta el momento en que se inicia el tratamiento; esa parte de inicio de tratamiento está bajo la responsabilidad de las administradoras de planes de beneficios, que tienen que hacer este ajuste en la notificación. En estos dos años que llevamos en el ajuste de la notificación, la variable ajuste de inicio de tratamiento no había sido diligenciada totalmente, pero era por desconocimiento del protocolo cómo tal. (...)”</i>
9	Operativo INS	<i>“(..)los laboratorios de patología no notifican, el INS está pendiente de definir y buscarlos para ver si se pueden caracterizar. Falta dentro de la parte de dirección que se haga una política específica para eso; entonces los laboratorios de patología no están notificando, quien está notificando es la Unidad Primaria generadora de datos, es decir, las IPS de atención que captan al paciente” (..)” (Nacional INS Víctor Martínez, 2017)</i>
10	Directivo Supersalud	<i>“(..)usamos la información de la resolución 4505, donde están todos los indicadores del cáncer de mama; y estamos mirando indicadores de oportunidad de acceso de la resolución 256. (...)”.</i>
11	Directivo Supersalud	<i>“(…) La Supersalud en particular tiene dos enfoques: “uno de inspección, vigilancia (IV de cumplimiento) y uno de riesgo. El de cumplimiento, es que de acuerdo con la norma no se está cumpliendo, y en cuanto a las implementaciones, si bien no hay la suficiente fuerza normativa para medir, si hay elementos genéricos como accesibilidad, oportunidad y medicamentos. La otra IV es la de riesgo, donde se generan las alertas ante la materialización de un riesgo, a partir de tendencias, y de hecho está previsto que para las instituciones que entran en procesos de capitalización, se les hace monitoreo y se les advierte. Otro elemento que alimenta el cumplimiento y el riesgo son las PQR, a partir de las peticiones, quejas y reclamos generamos ejercicios de inspección y vigilancia, somos fundamentales en ese ejercicio de control ante el desvío del proceso de la política, el cómo hacer las cosas para alcanzar el objetivo” (Nacional, Supersalud Adriana Zuluaga, 2017). “(…) A partir de las auditorias se verifican las cohortes y se hace la advertencia sobre el manejo de estas. Se tienen algunas EPS en plan de mejoramiento frente al tema, pero, llegar a la sanción, aún no, desde supervisión basado en riesgo, y desde cumplimiento, probablemente sí” “Se está viendo todo el panorama, incluyendo las cuentas de alto costo y todos los eventos de prioridad de salud pública en general. (...)”</i>
12	Experto investigador en cáncer	<i>“(…) Y lo otro es tener cobertura de tamizaje, que es fundamental, y sé que el Ministerio pide la información sobre mamografías, pero es una información complicada porque es de todas las mamografías y los filtros que se hacen no son los adecuados. Calcular coberturas desde allí es muy complicado; entonces, la fuente que hoy tenemos es la encuesta de demografía y salud, y no sé si se está haciendo el ejercicio de mirar dentro de la encuesta porque uno le toca hacer unas maromas para hallar el dato de cobertura, y se hace en un rango connacional que es distinto, los denominadores que ponen allí no son claros (...)”</i>
13	Directivo Ecoopsos	<i>“(…) entregamos las bases de datos, por ciclo de vida según lo definido por el Plan Decenal de Salud Pública, y les decimos a que programas y quiénes deben ser intervenidos en esos programas. Se lo entregamos a la IPS pública y a nuestros promotores que están en cada municipio, por eso, cuando identifican a un usuario, o llegan a la oficina o al grupo de atención primaria en salud, ya saben a qué grupo lo tienen que dirigir, a hacer una demanda inducida”. (...) Trimestralmente tenemos que reportar frente a la resolución 1588 hacemos ese informe al Ministerio...Las IPS están muy tranquilas sin reporte, pero nosotros hacemos toda una gestión empresarial para que el Ministerio nos califique, y a su vez estamos mejorando el indicador que le corresponde al municipio”. “(…) “(…) Ecoopsos plantea que se requiere de un conjunto de estrategias para obtener una calificación positiva por parte del ministerio, que van más allá de los RIPS: “le estamos haciendo la tarea a la IPS y una búsqueda activa de las mamografías, porque las señoras van, pero, sin el resultado no obtenemos nada ¿qué hacemos? Hacemos consulta de RIPS y vemos quienes se hicieron mamografía por autorización, hacemos una base y vamos y traemos los resultados; porque, sí aparece que le hicieron mamografía, pero el resultado no aparece en el RIPS (...)”En</i>

		el tema de las mamografías tenemos las dificultades en los resultados, debido a que tuvimos que contratar a un equipo de auxiliares de enfermería que van y traen el resultado, porque las IPS no los reportan en el 4505, ni lo reportan a la EPS; entonces, el resultado muchas veces es clave para saber que tenemos que hacer con las señoras,: “una de las grandes dificultades es el reporte, uno no podría decir que las IPS no hacen las actividades si no está en el reporte, afecta la estadística y no nos permite ver si en realidad se están haciendo el examen de seno.. Hay dos métodos para hacer informes: uno, es la 4505, el otro son los RIPS, en los RIPS la finalidad la viene dando el facturador, y ese es el problema desde el año 2000, que el médico o la enfermera hacen la consulta, pero, es el facturador quien define qué programa fue al que fue. Ahí se pierde información y hay una desviación de la estadística de salud; y en 4505 es la misma enfermera o a veces el ingeniero los que reportan, pero, a nuestra entidad solo reportan el 10%, a nivel nacional por ahí el 13%. Es muy deficiente el sistema de formación. (...)”
14	Directivo ECOOPSOS	“(…) En relación con el financiamiento de las actividades Ecoopsos plantea realizar, dentro de la UPC, el plan de beneficio que les corresponde: “no es que tengamos un presupuesto para mamografía, sino que <i>entra dentro del costo de salud que maneja la entidad. Hay un rubro que se llama PyP y contra eso se hacen todas las actividades de PyP</i> (...) calculamos que el porcentaje de recursos para financiar estas actividades es el 15 o 16%, depende de las zonas (...)”
15	Directivo ECOOPSOS	“(…) Ahora que estamos con la implementación de la ruta nosotros hacemos una evaluación del personal que tienen en las IPS para el tema de PyP. Realmente es el mismo asistencial, vas a las IPS y les pides las agendas para los programas, y no las hay, no hay profesionales para eso, sino que el médico atiende una cosa y otra, la enfermera atiende una cosa y la otra; y, por ejemplo, hace poco estuvimos en una IPS y la enfermera es la que hace todo... No está organizado, los programas no tienen un cronograma, no hay un profesional o un doliente por programa que se motive a desarrollarlo y los lleve a cumplir unas metas. (...)”
16.	Directivo Liga	“(…) Pues el sistema general, el flujo de recursos del sistema hacia sus EPS e IPS, porque, finalmente el giro lo hace el Ministerio a la EPS, pero, la barrera de acceso se refleja cuando está esa fractura en el flujo de recursos. Si a la IPS no le paga la EPS, o no le hace un contrato por la vigencia, entonces llega el paciente y no va a encontrar la atención oportuna...Hay mucha demora en el servicio, en la atención de las mamografías en las mujeres, también existen demoras en la atención y el tratamiento cuando se identifica el cáncer. (...)”
Nivel Departamental		
17	Coordinador Secretaría Salud Cundinamarca	“(…) Desde el área de No Transmisibles del Departamento se reporta como marco la resolución 4505: “esta nos sirve en los procesos de <i>tamización de cáncer de mama específicamente (...) de resto, nosotros hemos elaborado unos formatos muy sencillos para bases de datos, que son las que nos permiten tener nuestra información actualizada: ¿cuántas mujeres caracterizamos, ¿cuántas con riesgo, ¿cuántas atendimos, cuántas mujeres nos salieron positivas, ¿cuántas están en seguimiento?</i>”
18	Coordinador Secretaría de Salud de Cundinamarca	“(…) Como hay tantos casos, encontramos situaciones de intervención directa y la hacemos directamente, pero, como una parte de intervención misma, pensamos que ya no nos compete tanto, sino que llegamos a la parte de vigilancia y acompañamiento. Generalmente todos los retrocesos o procesos de barreras, de problemas, se encuentran por las EPS, como que todavía no se administran los tratamientos oportunamente, todavía no hay autorizaciones claras, todavía las EPS no tienen contratos con los centros de pruebas diagnósticas, tenemos todavía redes que no favorecen la parte geográfica(...)”“(…)Y obviamente, todas las barreras administrativas e institucionales que se presentan, tenemos IPS donde el médico no va todos los días, los centros de salud muy dispersos, tenemos personal que todavía sale sin la suficiente capacitación para hacer un diagnóstico oportuno; y tenemos las barreras administrativas, todo lo que tiene que ver con nuestras EPS en la parte de autorizaciones, de acompañamiento, y es grave, es algo que no hemos podido manejar (...)”
19	Asesor Secretaría de Salud de Cundinamarca	“(…) En municipios donde existen los mamógrafos debería haber un poquitico más de vigilancia de la calidad, porque hemos encontrado algunos mamógrafos que les hacen las mamografías a unas personas muy jóvenes, y no son mamógrafos muy buenos. Por eso hemos tratado de uniformar una guía, que a menores de 40 años no les hagan la mamografía, salvo que al equipo de mamógrafo tenga la capacidad de hacer una mamografía más temprana; hemos visto unas mamografías que son una placa blanca, que no se puede ver nada

20	Asesor Secretaría de Salud de Cundinamarca	“(…) Por otra parte, hemos visto a unos médicos radiólogos muy temerosos, jóvenes, que de pronto no le ponen un resultado como un bird-2 que genera una serie de acciones, como si dijeran “para prevenirle un problema o algo, mejor le pongo un bird-3”. Es una cantidad de acciones extintas también, entonces esa parte hay que uniformarla más en los municipios, a crear esa parte que vigile a radiología en esa parte de conocimiento (…)”
21	Directivo INC	“(…) La metodología de los cursos de detección temprana del cáncer de mama desarrollada por el INC fue avalada y apropiada por la Sociedad de Mastología: <i>“a veces los acompañamos, entiendo que esa sociedad hizo ese curso en Cundinamarca, la diferencia es que ellos lo hacen demasiado grande, para 300 personas, y desde el INC se percibe que un grupo tan numeroso no es igual que hacerlo con un grupo de 20 o 25 personas máximo porque es mucho más fino la manera en que llegas. Los grupos de 300 personas es más informativo”</i> (…)”
22	Directivo INC	“(…) nos vinieron a presentar acá el evento de los consultores rosados, que es una estrategia que está siendo difundida en todo el país, financiada por Roche, en donde Roche suministra todas las condiciones para capacitación, para convocatoria de mujeres, promoción de la mamografía, el diagnóstico temprano.... Nos presentaron los resultados y lo que vimos con ellos es que hay un cuello de botella, que las mujeres hasta se hacen la mamografía, pero luego no tienen un fácil acceso a la biopsia y al tratamiento, porque esos consultorios rosados se hicieron en los municipios de Cundinamarca que están muy alejados, en donde efectivamente a las mujeres del régimen subsidiado les hacen el diagnóstico en estadios muy avanzados, pero allá se encontraban con el problema que le decían a la mujer: “vaya, hágase la biopsia”, y no tenía un sitio cercano para tener la posibilidad de hacerlo. Entonces, por eso, creemos que hay un cuello de botella que es la facilidad de hacer biopsias, y queremos hacer un proyecto para demostrar que ciertos médicos cirujanos y generales pudiesen tener la capacidad de tomar biopsias, pero eso genera todavía mucha discusión (…)” (Nacional -INC Carolina Wiesner, 2017). “tamizar a toda la población entre 50 y 69 años es costoso, porque es todas las mujeres de esa edad haciéndose mamografías, la lectura y la biopsia, pero a largo plazo tendríamos una reducción del cáncer y tendríamos unos menores costos, incluso para ellos mismos”.
23	Operativo EPS Convida	“(…) desde el 2013 se ha hablado con el tema de auditoria y de que íbamos a empezar a hacer la revisión de los consultorios rosados en todas las IPS, para mirar el tema del cáncer de cuello uterino y cáncer de seno. Además, queríamos unir la política de cáncer de seno con cáncer de cuello uterino, porque estamos trayendo muchas señoras de Cundinamarca a hacerles las mamografías, y muy posiblemente nos salían bien, pero, cuando volvíamos y la identificábamos, tenía un problema de cáncer de cuello uterino; entonces, decíamos “no estamos haciendo el programa completo, lo tenemos que hacer integral” (…)”.
24	Operativo EPS Convida	“(…) El dinero nos lo da el Estado, eso es un problema que tenemos grande porque la unidad de pago per cápita (UPC) si no nos la pagan, pues es difícil, uno con \$11332 por usuario ¿cómo vas a garantizar los programas si una mamografía vale \$150000 menos el 12%? El Estado debe financiar estos programas, además que se debe de empezar a ver que el dinero que se gaste en últimas va a salir de ellos y de todos los bolsillos de nosotros, y que es más fácil pagar \$100000, y no tener que pagar un tratamiento de cáncer a una señora que vale \$100 millones de pesos mensuales (…)”
Nivel Municipal		
25	Operativo Secretaría Salud Chía	“(…) Los actores entrevistados refieren que se hacía acercamiento con las casas de los pacientes para conocer su condición real, para después implementar movilizaciones: “con estas movilizaciones se hacen encuestas de identificación de riesgo previas, para hacer prioridad de atención durante las jornadas. Además, se le hace invitación a la población en general para detectar riesgo y hacer consulta prioritaria (…)”
26	Operativo Secretaría de Salud de Chía	“(…) En el caso de Chía, se reporta que ante un diagnóstico positivo “el hospital envía reporte y de acuerdo con eso se inicia el proceso de seguimiento, se indica si fue autorizado, si fue con la mamografía, qué indicación le dieron, si tiene que hacerse controles, quimios, etc. Si hay alguna demora, a través de aseguramiento, se les hacen los contactos para facilitarle el trámite a la paciente”

27	Secretaría Salud Chía	“(…) Tenemos esa que reportamos, que es por género y por edad, y por patología, pero, es el dato crudo. Y el instrumento que se desarrolla para la detección del riesgo, lo hacen las auxiliares de enfermería del Plan de Intervenciones Colectivas, ellas aplican esa encuesta para poderla canalizar al mastólogo para hacer su diagnóstico en el caso de que lo requiera (…)”
28	Directivo Hospital Chía	“(…) los reportes que hacemos a los diferentes estamentos, Ministerio, Superintendencia, y EPS, son reportes a través de los medios que dicta la 4505. También asumimos lo que dispone la 2193, pero internamente a través de nuestro departamento de calidad y de la subgerencia asistencial, sacamos unas estadísticas en las que vamos midiendo, compilando la información, y nos va sirviendo para hacer nuestros planes de mejoramiento,(…)” “(…)De igual forma, se le reporta a la Gobernación de Cundinamarca y a la Secretaría de Salud, para que desde allí se saquen políticas frente a la atención y articuladas con el Ministerio de Salud (…)”
29	Directivo Hospital Chía	“(…) En el mismo Hospital, se menciona que al encontrar un bi-rads alto 4 o 5 o 6, se hace la identificación del grupo de mujeres: “(…) las llamamos, les explicamos, con la psicóloga y la médica encargada del tema, les hacemos el acompañamiento, mientras que la EPS hace el proceso de llamarlas, y el departamento las identifica. La EPS toma a la mujer y empieza el tratamiento. Ya por el hecho de que la persona salga de nuestra cobertura, dado que somos un primer nivel de complejidad, obviamente seguimos con la EPS el procedimiento, hay que hacer una sensibilización para la familia(…) ”
30	Operativo Secretaría de Salud de Chía	“(…)En Chía tenemos una situación en la parte rural, donde se manejan sectores como la casa de tal o la familia tal, pero no hay una dirección específica, entonces, cuando las IPS nos reportan los datos no son específicos y muchas veces no logramos llegar hasta el paciente; tenemos gestoras que hacen un cubrimiento, pero muchas veces que ellas van a casa a casa, no logran identificar estos casos, porque las direcciones están equivocadas o porque los números de teléfonos no coinciden, y cuando vamos a ver es porque muchas veces esos datos no se han actualizado(…) ”
31	Directivo Hospital Chía	“(…) En el tema de la auto capacitación los médicos generales y los especialistas capacitan a nuestros médicos. Afortunadamente en Cundinamarca hay dos estamentos, el Hospital de La Samaritana y el de Faca, son los hospitales de mayor complejidad, constantemente sacan capacitaciones y nos están llamando para que asista nuestro personal médico asistencial (…)”.
32	Directivo Hospital Chía	“(…) Muchas veces las EPS escatiman recursos en la prevención y en todo lo que es la prevención en el diagnóstico como tal, porque los recursos no alcanzan, y porque no estamos haciendo una <i>sectorización</i> de los problemas, y un diagnóstico real en los municipios(…)”
33	Directivo Hospital Chía	(..) En temas administrativos, las autorizaciones por parte de las EPS, se vuelven una barrera total, no existen tarifas propias en salud, nos estamos pegando a un manual, un tarifario, que no discrimina cuando es un sitio lejano o un sitio cercano, puede ser más costoso la prestación del servicio en Caparrapí, o en La Palma, llevar un especialista hasta allá que traerlo aquí a Chía o tenerlo en Bogotá (..) Entonces, ese tarifario no distingue geográficamente ese costo, y muchas veces se convierte para las EPS e IPS un obstáculo para el servicio;(…)”
34	Secretaría Salud Chía	“(…)Me parece que no hay un seguimiento juicioso de la contratación, me parece que están contratando a dedo las EPS con instituciones que de pronto no tienen la idoneidad. Montan una IPS x, y ya, ahí atienden a los pacientes de oncología, porque de pronto les sale más barata que con un instituto como el cancerológico; ahí es donde se ven los lunares, además de que las EPS no han comprendido que es mejor prevenir que curar, si ellos realmente administraran el riesgo, y no nos dejaran a nosotros solamente haciendo gestión del riesgo, pues tendrían estancias que no son prolongadas, no tendrían pacientes tan descompensados, una carga de enfermedad como la tienen ahora. Además, ellos no miden el impacto social que nosotros sí medimos, miran el impacto financiero. (…)”
35	Secretaría Salud Chía	“(…) En el caso de Chía tiene un 9, algo% de régimen subsidiado, y un 85% en régimen contributivo, porque su dinámica poblacional es productiva, es una población dormitorio, entonces tienen capacidad de aportar.” En cuanto seguimiento, pues desafortunadamente la norma dice que hay que hacerle seguimiento al régimen subsidiado. Con la movilidad entre regímenes hemos tenido que entrar a tocar al régimen contributivo, y decirles “usted es contributivo, pero está prestando servicios subsidiados”. “...es difícil, porque tenemos un problema

		mental de pensar de que las autoridades sanitarias o los entes territoriales solo vigilamos al régimen subsidiado; pero la salud pública es universal y hemos querido integrarlos a todos. (...)”
36	Secretaría Salud Chía	“(.) hacemos un seguimiento estricto a ese contrato del plan de intervenciones suscrito con el hospital, lo hacemos a través de una supervisión de una profesional especializada en la Secretaría, vigilamos la calidad en las charlas, la idoneidad en los profesionales que están contratando. Buscamos que realmente las acciones que les entregamos en una planeación se estén desarrollando de manera oportuna, eficaz y eficiente, que nosotros podamos medir que realmente está generando un impacto positivo en la población”. “ (...)”
37	Operativo Secretaría de Salud de Chía	“(.) <i>se hace evaluación dentro de las IPS, en los protocolos 412 del 2000; además se está incluyendo la parte de las visitas domiciliarias, donde identificamos no sólo al paciente sino a toda la problemática que se da alrededor de ese paciente, que viaja por varias entidades para hacerle distintos procedimientos; recopilamos esa información para saber qué se le está haciendo en cada punto, y cómo ha sido el nivel de satisfacción por parte de la EPS respecto a autorizaciones y envío de citas y medicamentos para fortalecer el proceso(...)</i> ”
38	Secretaría Salud Chía	“(.) Debería haber una vigilancia financiera haciéndole seguimiento a las EPS, porque ese porcentaje que le queda a ellos de administración siempre va por encima, entonces, le cogen recursos de la UPC para la prestación de servicios, de gastos administrativos, y por eso siempre están cortos (...)”
39	Directivo Ecoopsos	“(.) le entregábamos un informe al municipio diciendo que teníamos estas mamografías y que necesitábamos hablar con el profesional para identificar qué está pasando epidemiológicamente con el municipio, porque son señoras entre 35 a 50 años. Pero, el municipio no tiene una persona encargada del programa, o no se le asignó esas actividades al coordinador dentro del PIC, y nadie se pone responsable con el tema (...)”
40	Directivo Hospital Soacha	“(.) Desde el Hospital Mario Gaitán Yanguas, se planeta que esta es la IPS más importante en el municipio: <i>“realizamos y desarrollamos todas las actividades que está en la resolución 412, lo relacionado con la detección temprana; entonces, tenemos unas metas asignadas y direccionadas directamente desde los objetivos nacionales, tenemos profesionales para cada una de las prestaciones del servicio en cada una de las sedes asistenciales (...)”</i> “(...) <i>En cáncer de mama la empresa tercerizada nos manda mensualmente el reporte de todas las mamografías y la base de las que han salido positivas. Esas pacientes las reportamos a cada una de las EPS, con direccionamiento a la Secretaría municipal porque ellos también tienen una parte de seguimiento y articulación (...)</i> ”
41	Operativo Secretaría de Salud de Soacha	“(.) En Soacha, se evidenció que por lo general en el municipio solo se llega hasta la toma de mamografía. Una vez la IPS envía uno de estos reportes, se envían a las mujeres a Bogotá con su red prestadora. El seguimiento se le hace desde acá en la Secretaría de Salud para saber si le hicieron una biopsia, o si tuvo que ir a un especialista (...)”
42	Operativo IPS Soacha	“(.) En Bienestar IPS de Soacha se narra que la lectura de la mamografía no se hace interna, sino que <i>“la persona que se encarga de tomar las mamografías envía las imágenes a un radiólogo contratado, y este hace la lectura y envía el reporte” (...)</i>
43	Operativo Secretaría Salud Soacha	“(.) El hospital Yanguas sí tiene un consultorio rosado, pero debe haber convenio, capitadas por ellos, en otras EPS se les refuerza el tiempo para que tengan su consulta de seno, pues hacen el examen físico, pero no hacen la consulta de seno, toca fortalecerlo más (...)”
44	Directivo Hospital Soacha	“(.) Tenemos un poco de dificultad con el tema contributivo, porque de pronto no tenemos las IPS al 100% de presencia, con sedes operativas, y queda un bache en la prestación del servicio (...)” “(...) las EPS que tienen el régimen contributivo no están siendo responsables de su población, porque, a ver, una señora del régimen contributivo, materna, que vive aquí, y la mandan a la 170 a hacerse una ecografía. Imagínate una citología, teniendo que recoger a los hijos a las 11 de la mañana del colegio ¿va a ir a tomarse la citología en la 170? (...)”.
45	Directivo Secretaría de salud Soacha	“(.) En Soacha se reportó, con la salida de la nueva guía, un proceso de capacitación de interés para la implementación del Plan: <i>“hace un año cuando salió la nueva guía, reunimos a todas las IPS, públicas, privadas y consultorios individuales, hicimos una capacitación en la que asistieron más de 100 IPS, y esa es la primera etapa, capacitar a los profesionales en la primera guía, en el manejo de estos protocolos de atención”(...</i> ”

46	Directivo Secretaría de salud Soacha	“(…) Soacha tiene un contexto, donde si bien, tiene 186 Km cuadrados, en 26 km tenemos las 6 comunas, casi que el 90% de la población, además de la zona rural y rural dispersa. Otro contexto grande y diferenciador del país, es que cómo nos separan 14 km de Bogotá, se convierte en una ciudad que llamamos “ciudad dormitorio”, donde la gente vive más barato, pero recibe sus servicios en Bogotá. Ahí comienzan los problemas del Sistema general de seguridad social: barreras de acceso grandes. Por ejemplo, en el caso de régimen contributivo, el 83% de la población es de ese régimen, pero para atender a esas personas, tan solo tenemos en el primer nivel de complejidad, a Famisanar, la Nueva EPS, pero su segundo nivel de especialistas se atiende en Bogotá, no en Bosa sino en el otro extremo de la ciudad, allá tienen que reclamar sus medicamentos, incluso cuando es cáncer, con mayor razón se hace en sitios más alejados, y eso comienza a formar problemas y patologías que hacen que la incidencia sea de mortalidad por no cumplimiento del tratamiento, y las barreras de acceso son más altas(…)”.
47	Directivo Soacha	“(…) Soacha empieza a generar ese tipo de problemática, y por ser una ciudad de oportunidades, de acuerdo con el censo DANE Soacha a este año tenía 350.000 habitantes, pero mal contados tenemos un 1.200.000 mil personas. Ese censo no contempló el megaproyecto “Ciudad Verde” y “Hogares Soacha”, 94000 apartamentos de prioridad social, de los cuales se entregaron 74000, y estamos hablando de gente que no es de Soacha, sino de Ciudad Bolívar, Bosa y otras ciudades del país; y además tenemos desplazamiento. Eso comienza a generar que los recursos que tenemos aquí en Soacha no sean los suficientes para intervenir todas estas problemáticas (…)”.
48	Directivo Hospital Soacha	“(…) No es fácil el tema de la implementación porque cuando vamos a operativizar ese tema, encontramos que las bases de datos que nos envían las EPS no tienen los datos completos de identificación de los pacientes ¿en qué sentido? En que nos dan un número telefónico de la paciente y no podemos ubicarla fácilmente, la población es flotante y su número es esporádico y ubicarlas en el campo no es fácil. Nuestra población es tan diversa, y muchas no están adheridas por más que conozcan y tengan la sensibilización del tema.(…)” “(…) Tenemos dificultad con el tema de la capacitación, con relación al tema de las bases de datos que recibimos, tendríamos un apoyo grande si esa población estuviera bien referenciada; a veces nos mandan bases de datos generales, y nuestro sistema de información no es fuerte, tengo que enviar a nuestros puestos de salud esas bases de datos y ellos van mirando por las direcciones y lo que conocen, van canalizando. Las bases de datos serían una herramienta fundamental y básica (…)”
49	Directivo Hospital Soacha	“(…) Este año hicimos una capacitación, pero viene un tema que no es positivo, porque en mis centros asistenciales manejo personal de servicio social obligatorio, hay muchos que vienen educaditos y se sensibilizan con el tema, pero, otros, uno dice que las facultades no educan para el tema de promoción y prevención. Esa también es una limitante, porque los capacito, pero a, los 4 meses se van y llega otro, y los procesos se van dificultando (…)”
50	Directivo Secretaría de salud Soacha	“(…) Porque, Soacha es un municipio muy chévere para venirse a prestar servicios, lamentablemente, y no sé por qué, a diferencia de Chía, usted encontrará más de 100 IPS y somos de los municipios donde más IPS hay, y estoy hablando de consultorios de optometría, de medicina general, de odontólogos, pero ni un solo especialista particular. En Chía, de pronto por la creencia de que allá hay plata, usted encuentra internistas, encuentra ortopedistas, toda una serie de especialistas; y lamentablemente eso envía un mensaje a toda la comunidad
51	Directivo Secretaría de salud Soacha	“(…) Pero ha sido difícil, para hacer la revisión de las IPS en los municipios, para ver que se esté prestando una atención segura, humanizada, con calidad, el departamento tiene 5 personas para hacerlo; si multiplicara esas 5 personas por los 5 auditores que tengo, por los 3 que tiene Girardot, por los que encontró en Chía, seríamos un ejército para poder ampliar realmente esto y generar un cambio (…)”.
52	Operativo Secretaría de Salud de Soacha	“(…) Por otro lado, en Soacha, desde aseguramiento, se hacen visitas a esas EPS Una barrera narrada por una referente de la Secretaría de Salud, es que <i>“se encuentran problemas de contratación que demoran el proceso para que la paciente tenga su tratamiento o su oportunidad en un diagnóstico temprano (…)”</i>
53	Directivo	“(…) En términos de vigilancia y Control, en Soacha un referente de la Secretaría de Salud plantea que desde allí se hace el seguimiento pertinente y se hacen compromisos. Se adelantan programas de detección, y con los resultados se llevan a cabo retroalimentaciones a las IPS: <i>“no solamente en lo que la IPS está generando, sino que les contamos el global de todo el municipio para generar las alertas que</i>

	Secretaría de Salud Soacha	<i>tenemos que hacer. Si se está detectando esto, se busca magnificar el proceso, porque si reúno a los de la Nueva EPS, Famisanar y las del régimen subsidiado, pues ahí es donde lo estamos diciendo. Y en el ASIS hacemos una publicación en las páginas web, por correo electrónico, y damos a conocer el ASIS en todo el municipio (...)</i>
54	Directivo Secretaría de salud Soacha	“(…) Otro avance para mí fue el sensibilizar a las EPS y a las IPS que están trabajando con nosotros, a través del pacto por la salud. Referente a los cuadrantes, ... es un convenio interadministrativo, manejando profesionales del hospital Yanguas, y hemos enriquecido ese pacto por la salud, estamos en las 6 comunas y en los 2 corregimientos.... los auxiliares están empoderados en el tema del auto examen de seno, del examen técnico, de que las mujeres después de los 50 años se tomen su mamografía; ellos brindan esa información cuando hacen su ingreso a la vivienda, y si detectan que tienen una usuaria diagnosticada con cáncer de seno, pues se vuelve en una prioridad alta para nosotros, y se debe canalizar al profesional de enfermería de la estrategia de “cuadrantes saludables”. Este profesional hace una valoración integral a la mujer, canalizándola como tal al plan de beneficios de su EPS, y si tiene una barrera de acceso, se canaliza al profesional de trabajo social... No solamente vemos el entorno de vivienda, sino que también el entorno comunitario donde hacemos todo el tema de detección temprana del cáncer de seno por medio de centros de escucha, donde previo a esto, se hace una lectura de realidades con líderes comunales.... (..)”
55	Operativo Secretaría de Salud de Soacha	“(…)La toma de la mamografía sí se realiza dentro de la IPS, pero, para la toma de biopsia la paciente tiene que desplazarse para la clínica que este contratada por la IPS, pero, allá le dan todas las facilidades de acceso (Soacha Ana María Bedoya, 2017) “(…)Cuando se les entrega el volante las pacientes expresan “¿si las toman acá?” porque antes se les convertía en una barrera de acceso porque tenían que desplazarse, y por el tiempo o por el dinero, no se desplazaba y no podía saber por laboratorio que sí tenía una patología en sus senos(..)”
56	Directivo Hospital Soacha	“(…) las usuarias aparecen que están en la base de datos, pero al revisar, no aparecen reportadas para la prestación del servicio. O se le asigna la cita, y cuando van a mirar en facturación, ya no aparecen en base de datos. Eso es un tema, y a comienzos de mes aparecen, pero cuando las van a mirar en el sistema, a las usuarias las han sacado. Esto es un tema perverso, al siguiente mes aparecen. Son de régimen subsidiado. Ese es otro tema, porque la mayoría de la población es de régimen contributivo, pero nosotros no tenemos ningún contrato de promoción y prevención, ni resolutivo, con ninguna EPS (...)” “(..) Eso es una cosa que no hemos podido dirimir, creo que es un tema de manejo interno que le dan las EPS, sacan a la población de las bases de datos (...)
57	Directivo Secretaría Salud Soacha	“(…) las rutas integrales en salud, creo que ese es el camino en donde vamos a cambiar las barreras de acceso, sabemos que van a seguir existiendo la falta de especialistas; pero, si tenemos unas rutas de atención claras y concretas, bajo unas guías y protocolos de remisión, de con qué documentos debemos remitir, cuándo debemos remitir y cuándo debemos generar la contra referencia en el municipio, pues es lo ideal la implementación de las rutas integrales de atención (...)
58	Operativo Secretaría de Salud de Soacha	En el municipio solo tenemos una empresa que se llama Famovital, pero, no todas las EPS subsidiadas tienen convenio con esta unidad, y como se tienen que empezar a desplazar a Bogotá por cuestiones económicas o por citas, pues las personas no acceden en Bogotá para tomarse esos exámenes. Los auditores están en el proceso con las EPS para mirar que se les tomen acá.

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 21

Territorialidad Categoría Servicios de detección temprana del cáncer de mama

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialidad Nivel Nacional
1	Experto investigador en cáncer	“(…) por ejemplo, la Asociación de Radiología siempre ha invitado a que se haga la mamografía a partir de los 40 años, y hacen presión porque se haga un tipo de intervención; sin embargo, el manejo que se le daba al asunto desde el Instituto contaba con unos criterios técnicos (…)”
2	Experto investigador en cáncer	“(…) El examen clínico de la mama debe entenderse como una tecnología de la salud, y, de hecho, en ejercicios piloto realizados y publicados previamente, se ha avanzado en un ejercicio de entrenamiento fuerte (…)” (Nacional Experto Raúl Murillo, 2017) Un experto a nivel nacional plantea estar realizando publicaciones, a partir de pilotos de datos de desempeño del examen clínico de mama. Entre sus principales hallazgos: “lo que se encuentra en el artículo es que cuando el examen lo detecta el médico como positivo, y que después se asumió el resultado de la mamografía, lo que se encontró es la sensibilidad de esas dos cosas combinadas. Es decir, solo se manda a una confirmación si, y solo sí, la mamografía después del examen clínico apareció como positiva, la sensibilidad es como del 18%. Eso quiere decir que cuando se usa la mamografía como prueba confirmatoria en un examen clínico sospechoso, se pierde muchísimo de lo que un examen clínico puede brindar (…)”
3	Directivo Ecoopsos	“(…) En el departamento de Cundinamarca se viene desarrollando un programa, en colaboración con las IPS y las alcaldías, para hacer unos tamizajes a nivel institucional de todas las mujeres mayores de 35 años. “Estas acciones se realizan sin el sesgo de la norma que dice que todas las mamografías son de 50 en adelante. Van una enfermera, un médico, y se les hace el examen de seno normal y teniendo en cuenta los hallazgos, se le toma la orden de mamografía (…)”
4	Directivo Ecoopsos	“(…) Si arrancamos desde la señora que está en su casa, hay un desconocimiento de la importancia del examen y la mamografía, en las zonas rurales se ve fuerte. Si una persona lo tiene claro, lo exige en la consulta, uno exige su citología cada año, pero, el examen de seno no lo exige; es un tema de educación y cultura (…)”.
5	Experto investigador en cáncer	“(…) Trabajamos mucho desde la evidencia, desde la economía, pero muy poco de pensar el cómo le vamos a llegar a la población objeto. Analizamos los programas organizados y programas oportunistas. Cuando definimos estrategias de implementación sí hablamos con grupos de pacientes que tienen una perspectiva diferente al tamizaje, porque el tamizaje es invitar a la gente sana a que se medicalice , diciéndolo de una forma escueta, a que vaya periódicamente a un centro de salud a hacerse los exámenes ¿por qué? Porque usted tiene un riesgo de tener una enfermedad. Son dos circunstancias que no tienen nada que ver la una con la otra
6	Experto Investigador	“(…) Por lo menos si dijéramos que vamos a trabajar en las 5 capitales grandes del país, donde podemos tener mamógrafos y resolver algunas cosas, pero, eso tampoco lo hemos trabajado, lo dejamos todo allí para el país entero cuando realmente va a ser difícil llegarle al país entero; si no podemos llegarle a la totalidad con la citología, con la mamografía menos, es improbable (…)”
7	Operativo – INS	“(…) El cáncer es una enfermedad genética con factores intrínsecos y extrínsecos, pues a estas personas que tienen familiares en primera línea de cáncer de mama deberían estar siendo intervenidos mucho más frecuentemente (…) ”
8	Experto Nacional	“(…) Dentro de ese análisis se encuentran estudios que demuestran una reducción de la mortalidad a partir de la intervención; sin embargo, hay muchos elementos de discusión, no es, como en muchas cosas en medicina y salud pública, todo en color negro o blanco, sino que hay una serie de grises. ¿Qué grises hay en este tema? Uno es cuánta mortalidad se puede prevenir en esta intervención, y allí hay una discusión importante; otro de los grises es sobre cuánto sobre diagnóstico puedo producir con la intervención, es decir,

		¿estoy reduciendo la mortalidad o estoy reduciendo otro tipo de cosas?, se plantean intervenciones que muchos identifican que no son necesarias. (...)
9	Directivo INC	“(…) Entonces la gente tiene miedo, en cáncer de mama las mujeres tienen miedo de saber si tienen cáncer; entonces también hay allí un tema por parte de las mujeres (...).”
10	Directivo INC	“(…) Si una mujer quiere hacerse la mamografía depende de la red de servicios que su red tenga contratada, entonces si la mamografía le queda por fuera del lugar de residencia, pues ya ahí hay un obstáculo (...).”
11	Directivo INC	“(…) Primero, que no todos los médicos generales pueden pedir la mamografía, no todos los médicos generales pueden interpretar la mamografía y tomar conductas, eso depende de las aseguradoras. Las mujeres no tienen tan fácil acceso, no pueden llegar libremente a solicitar la mamografía, usualmente debe mediar una orden médica, entonces los pacientes no acuden a los servicios. Y una mujer que tiene una sospecha de cáncer en una mamografía, necesita que de manera inmediata le digan si sí o si no, no puede ser esa tortura: me invitan a que haga la mamografía y la cita para la biopsia está lejos, no le resuelven el tema; entonces eso es generar un estrés psicosocial que me parece inadmisibles desde un programa de salud pública que lo debe resolver. (...).”
12	Directivo INC	“(…) Y si cada asegurador da un mensaje distinto a mujeres que viven en una misma región, pues comienzan las incertidumbres: “oye, por qué a ti te dicen una cosa y a mí otra?”, eso debe ser unificado, no debe haber dudas, todas las mujeres entre los 50 y 69 años tienen que hacerse la mamografía, y no puede ser que alguien diga que a los 40 (...).”
13	Directivo - Fundaciones	“(…) Creo que falta en la parte de los derechos, se sabe lo del auto examen y la mamografía, la confusión sigue existiendo alrededor de las edades, porque el Estado sigue diciendo que después de los 50 años, pero, cada vez vemos más jóvenes con cáncer de mama, y como no hay estadísticas actualizadas, pues hay hasta el 2012, pero de ahí para acá no hay (...).”
14	Directivo Fundaciones	“(…) Si me preguntas exactamente, desde la detección temprana hay mujeres que desconocen esos métodos de detección temprana, hay mujeres que, a pesar de tener 50 años, nunca se han hecho una mamografía, cuando la idea es que una vez tengan 50 años, cada dos años se hagan la mamografía, ya que uno de los factores de riesgo es la edad; que esa mamografía la tiene cubierta en su Plan Obligatorio de Salud. Es ese tipo de desconocimiento de las personas que están en los municipios, que pertenecen a un régimen no contributivo, hay mucho desconocimiento (...).” “(…) Pienso que la claridad en el mensaje, en la comunicación, el identificar a la población, pues no es lo mismo hablarles a unas personas del régimen asociado o del régimen contributivo (...).”
15	Directivo ECOOPSO S	“(…) que el examen de mama no es un examen común, creo que a todos nos ha pasado, que vas a una consulta médica y a menos que digas que tienes algún dolor, te hacen un examen de mama. De lo contrario se ve que, dentro del examen físico el examen de mama no se hace y dentro de las historias no se reporta. Solo he encontrado dos casos reportados, de resto, no reportan cáncer de seno (...).”
16	Directivo ECOOPSO S	“(…) También tenemos barreras de acceso porque la población es dispersa y es rural. También hay barreras en los servicios de salud, lo que comentaba de las agendas, no hay el profesional que haga la actividad dentro de la IPS, aislada del tema asistencial Suponiendo que la señora pasa por todos esos filtros, le hacen su mamografía, y creo que ahí también hay barreras, no es que haya muchas en Cundinamarca, en las regiones, porque en Bogotá encuentras todo; pero, una persona de Yacopí le toca ir hasta Bogotá, o hasta Faca que hay mamógrafo. Y si a la persona la mamografía no le sale normal, pues hay otros temas, de tiempo, oportunidad y costo, porque la señora tiene que desplazarse, (...).”
17	Operativo Convida	“(…) El gran problema era que la población no creía porque se les había dejado muchas veces “vengan mañana, vengan en 8 días”, y la gente se cansa (...).” “(…) Entonces, esa parte de credibilidad ha afectado mucho, porque, nosotros no les tenemos barreras, antes si habían de oportunidad, accesibilidad, pero hemos intentado erradicarlas con estos programas que tenemos, “mamografía en tu municipio”. Ellos van a la cita médica, les generan su anexo, no tienen ni siquiera que llevarlo a su promotora para autorizar, se queda en la IPS, la promotora se queda muy pendiente para trabajar con ellos, y nos generan el dato, el prestador va, toma la mamografía, y a los 8 o 15 días llega el reporte. Y estas señoras que detectamos con Bi -rad Alt 4 o 5, de una vez las llamamos “por favor acérquese para que la valore su médico y se le genere sus otras órdenes para su examen médico (...).”

Nivel Departamental		
18	Asesor Secretaría de Salud de Cundinamarca	<i>“(…) La mayoría de las mujeres consultaban por el dolor, pero no por las masas que teóricamente duelen ¿entonces, ¿qué sucede? Que para el cáncer que estamos buscando, el del conducto que es el 96% de las causas de cáncer de seno, las mujeres solo consultaban en un 12% por una masa dura, hoy en día estamos en el 45% ¿por qué? Porque parte de la campaña es enseñarles que las masas que no duelen son las que toca consultar, y las otras que toca el dolor, pues no (…)”. (Cundinamarca, Ignacio Castilla, 2017). “(…) antes, las mujeres consultaban en un 80% porque tenía dolor asociado al cáncer, hoy vamos en el 70%, y bajando (…) esos son pequeños cortes para saber qué está haciendo la gente (…)”</i>
19	Coordinadora Secretaría de Salud de Cundinamarca	<i>“(…) Nosotros tenemos un área geográfica muy dispersa y tenemos una mujer eminentemente campesina, tenemos una mujer que no conoce sus derechos, esas son barreras, porque el solo hecho de que todavía piense que con remedios paliativos puedo calmar algo que empieza a salir en seno, eso ya es una barrera (…)”</i>
20	Asesor- Secretaría de Salud de Cundinamarca	<i>“(…) El riesgo mayor para que la gente llegue en estadio avanzado se llama conocimiento. Por ejemplo, cuando empezamos el proyecto, medimos el impacto más importante del Ministerio en las políticas, que es el hecho de la auto palpación; cuando fuimos a mirar, solo el 27% de las mujeres que habían recibido capacitación, efectivamente se hacían la auto palpación. Esto en el área rural de Cundinamarca y municipios más alejados, sobre todo (…)”</i>
21	Asesor- Secretaría de Salud de Cundinamarca	<i>“(…)Entonces cuando fuimos a mirar, nos dimos cuenta que: a las mujeres se les había enseñado a hacer su auto palpación, y como no lo encontraban creyeron que lo estaban haciendo mal y dejaron de hacérselo; otro grupo de mujeres les dio temor porque pensaron que si se lo encontraban, el tumor, tenían que irse a la mastectomía, y el terror a la mastectomía es muy alto, y encontramos mujeres que le hacían más caso a la vecina que les decía, si ellas encontraban alguna cosita: “no vaya por allá que eso es terrible”, y se van al curandero, y por eso hemos encontrado casos donde se han perdido dos años y cuando nos damos cuenta, se encuentran en un estado terrible ¿por qué? Porque alguien le dijo que mejor el curandero (…)”</i>
Nivel Municipal		
22	Operativo Secretaría Salud Chía	<i>“(…) También se encuentran pacientes que por miedo prefieren seguir con esa masita y no ir al médico por miedo que les dijeran que es cáncer (…)”</i>
23	Operativo Secretaría Salud Chía	<i>“(…) Es importante trabajar con las EPS, porque, nosotros canalizamos a las mujeres, las llevamos a su consulta, y tenemos el personal para esta canalización; pero, en el momento que requieren una canalización o requieren unas remisiones, se presentan barreras con las EPS(…)”</i> <i>“(…) Las barreras con las IPS eran las citas, ya no lo son, lo único es que ya bien sea directamente con las IPS subsidiadas en el momento de las autorizaciones de las mamografías, debido a que no hay convenios, o se acaban y se demoran con el tratamiento, y no se puede seguir el seguimiento(…)”</i>
24	Operativo Secretaría Salud Chía	<i>“(…) Las demoras en las citas y los lugares que les asignan de las citas, hemos encontrado que les asignan las citas en Funza, en Pereira, en Bucaramanga. Eso ocurrió con una mamografía y con un especialista en oncología. Y uno les dice que eso no tiene sentido, “es que solo tenemos convenio con ese lugar”; es fatal. Y las demoras en citas, los llaman y les dicen que al médico se le varó el carro, que al otro día tenía un trancón, que toca con otro médico. (…)”</i>
25	Directivo Secretaría Salud Soacha	<i>“(…) Dentro de las principales barreras que tenemos aquí, están las barreras geográficas, aquí tenemos zona rural y rural dispersa, donde el abordaje tiene que ser diferente. Segundo, unas barreras económicas, de gastos de bolsillo, que dada la capacidad instalada y la oferta que tenemos en nuestro municipio, genera que las personas tengan que desplazarse a la ciudad de Bogotá (…)”</i>

26	Directivo Secretaría Salud Soacha	“(…) Hay mucha población desplazada, sin afiliación, desde “cuadrantes saludables” se empieza a caracterizar estas mujeres, hasta que tengan el proceso de afiliación a la EPS, esto también tiene unas barreras y unos procesos que se tienen que llevar y que son un poco demoradas (…)”
27	Operativo Secretaría Salud Soacha	“(…) Afortunadamente sí hemos podido canalizar a ciertas mujeres y hemos podido dirigir las a un tratamiento oportuno, tempranamente. Han aumentado bastante porque hay muchas mujeres que no tienen conocimiento de que tienen algún riesgo de, nunca asisten al médico, por su trabajo o hijos, y tratamos de mirar como canalizarlas (…)”.
28	Directivo Secretaría Salud Soacha	“(…) Actualmente encontramos en el municipio a mucha venezolana, entran por frontera y no están legales en nuestro país, por tanto, no se le puede garantizar el sistema hasta que no legalicen sus documentos en nuestro país. (…)”.
29	Operativo Secretaría de Salud de Soacha	“(…) Pienso que falta mucho, está muy regular, porque inclusive, las mujeres que quisieran detectarlo a tiempo, a veces no le creen al médico, antes él era como un dios, ahora ni siquiera le creen. Eso lo encontramos el año pasado en una encuesta, decían “a qué voy a que hagan el examen de seno si me lo hago mejor que el médico, porque el médico medio me toca y ya, no me explicó cómo hacerme el examen de la manera correcta”. Eso crea desconfianza, ellas mismas se lo hacen, pero dicen “ya me lo hice y me lo sentí, y si me duele, voy”; no saben que el cáncer no duele, y eso es una realidad, y como hay tanto cambio por las mismas condiciones laborales, pues ha hecho que ya no confíen en los médicos (…)”
30	Operativo IPS Soacha	“(…) En su nivel educativo las pacientes del régimen contributivo son más sensibles hacia su salud, a hacerse los exámenes; mientras que las pacientes del régimen subsidiado son más propensas a venir cuando ya se sienten enfermas, son menos dadas al tema de prevenir, de acceder a tiempo a los servicios. Hay menos adherencia a los procesos, bien sea por un factor económico, por la distancia, por el tiempo, por esos factores sociales de la señora que cuida a sus nietos y debe estar en su casa. En el contributivo si se ve una estabilidad laboral, trabajos de oficina, en el subsidiado son señoras amas de casa, con un nivel de educación bajo. (…)”

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 22

Territorialización - Servicios de detección temprana del cáncer de mama

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialización
Nivel Nacional		
1	Directivo INC	“(…) Desde el INC se plantea la dificultad para conocer el estadio clínico para poder evaluar el impacto: “tendríamos que ver el estadio (…) pero en ese sentido gracias a los datos que genera la cuenta de alto costo, que, aunque tiene un subregistro, se ha podido registrar el estadio clínico por régimen. Allí es posible observar que la mayoría de las pacientes que llegan al régimen subsidiado no tienen estadio; en contraste en el contributivo el estadio es solamente un 4% del régimen contributivo. El INC valora entonces esa fuente de información, lo mismo que los registros poblacionales que brinden información sobre el estadio (…)” (Nacional -INC Carolina Wiesner, 2017). En entrevista con el INC: “Con información de la cuenta de alto costo. En el 2016 los no asegurados llegan en estadios avanzados, y en el régimen subsidiado el 40% llegan en estadios tempranos (…)”
2	Asesor Minsalud	“(…) No recuerdo si es un 65 o 70% de los casos que se detectan en estadios tardíos, y esto definitivamente es una falla en la parte de tamización y detección temprana; es decir: no hemos logrado las coberturas, muchas de estas mujeres llegan es por sintomatología, o la masa que le creció mucho, pero no es que se haga dentro de un esquema de tamización, de prevención y de detección temprana (…)”
3	Experto investigador en cáncer	“(…) Tendría que decir con tristeza que probablemente es deficiente, porque las coberturas son muy bajitas, estamos llegando a una proporción muy baja de mujeres. En algún momento dijimos: “centrémonos en las mujeres”, y vimos si podíamos irnos a 5 ciudades grandes a ver si podíamos trabajar, pero tuvimos una experiencia de 1 o 2 años y se quedó allí. (...)”
4	Operativo INS	“(…) No estamos haciendo lo que necesitamos (...) estamos captando solo el 15%, que es muy regular, hasta deficiente. Deberíamos estar mejorando la posibilidad de estar captando pacientes en estadios tempranos, deberíamos estar por lo menos en un 50% de captura de las pacientes en estadios tempranos (...) ” <i>Dentro de que llega como información hay un estadio muy bajo, creo que está llegando a un 15% o 20%, no llega a más, la mayoría de los casos están en estadios avanzados, entre el 75% y 80% (...)</i> ”.
5	Directivo Ecoopsos	<i>Ya terminamos toda la caracterización poblacional, hacemos evaluación del riesgo, tanto familiar como individual, dentro de la ficha hay unas preguntas alrededor del cáncer, si se ha hecho una mamografía o si ha tenido alguna molestia; y esas encuestas las metemos al sistema, está parametrizado bajo los riesgos y nos sale el listado de las señoras que lo tengan, y ellas se canalizan por parte de los equipos extramurales hacia las IPS (...)</i> ”.
6	Directivo Ecoopsos	“ <i>en las brigadas había 25 o 30 señoras, Ecoopsos llevaba un bus al municipio, recogía a las señoras, les hacíamos la ecografía y las devolvíamos otra vez hacia el municipio. Los resultados siempre los analizábamos en la EPS, identificando riesgo, y después se los hacíamos llegar a la IPS primaria donde estaba la usuaria. Identificábamos nuevamente a la usuaria y le decíamos que teníamos que ir nuevamente a la IPS a consulta para que el doctor le leyera el resultado; teniendo en cuenta los hallazgos se hacía la consulta o la ruta que se le tiene que hacer a una señora con patología o con un bi-rad con alto riesgo (...)</i> ”

Nivel Departamental		
7	Coordinador Secretaría de Salud de Cundinamarca	Si estamos hablando de un “birr 3, 4 o 5”, podemos pensar que, con nuestras movilizaciones, con el trabajo que las EPS están haciendo, estaríamos en un 60% detectando oportunamente; aunque encontramos casos de estadios muy grandes en donde pensaríamos que ya no hay nada que hacer, y como esa significancia es tan grande, caso que nos borra el resto de los casos, porque encontramos casos donde llegas a pensar ¿cómo llegó alguien a esa situación? (...)”
Nivel Municipal		
8	Operativo Secretaría de Salud de Chía	“(…) El programa inició en septiembre de 2016, y desde ahí se inició el convenio con las entidades para las mamografías. En la última movilización, hecha el 25 de octubre de este año, se hicieron 43 mamografías, y lo que se busca es poderse la facilitar al paciente (...) ”
9	Operativo IPS Soacha	“(…) La mayoría de los casos se detectan en un estadio tardío, se hace la biopsia, en estadio temprano son escasas las pacientes con un diagnóstico confirmado (...)”
10	Directivo EPS Ecoopos	“(…) Hacemos varias movilizaciones con el ente territorial, pero, es más porque decimos que toca hacer una movilización de cáncer de seno, hacemos la caminata, y la comunidad está pendiente. Es decir, si me preguntas te diría que hay buen espacio para trabajar con la comunidad, pero, lo hacemos porque nosotros somos una empresa comunitaria, tenemos gente que trabaja allá, sin pagarles nada; pero el PIC es el que debería hacer más fuerza en los recursos para eso (...) ”.

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 23

Citas de Territorialidad Categoría Participación Social

No	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialidad
Nivel Nacional		
1	Directivo- INC	“(…) Desde el INC se plantea que a las organizaciones de mujeres se les da apoyo técnico, tratando de unificar los mensajes. El cáncer de mama se presenta más en mujeres que tienen un nivel educativo más alto o que son mujeres que siempre han tenido un factor de riesgo. “Los estratos altos tienen la capacidad de hacer movilización social, pero no siempre tenían el mismo mensaje, entonces había unos que promocionaban el autoexamen; desde el INC se les recomendaba el examen clínico; otras entidades promocionaban la mamografía a partir de los 40 años, pero se sabe que antes de los 50 años no resulta ser efectiva. Desde el INC, también se ha buscado unificar el material impreso y audiovisual (…)”
2	Directivo Fundaciones	“(…) A raíz de todo el movimiento mundial del lazo rosado, la gente sí se acuerda del auto examen, por lo menos la palabra mastólogo es más familiar, la mamografía ha dejado de ser el coco y las mujeres están más familiarizadas con el examen (…)”
3	Directivo Fundaciones	“(…) En este momento, con la crisis del país y el tema de los donantes, pues nosotros vivimos de la presentación de proyectos y de donantes, no tenemos ingresos a nivel de Estado, y no es fácil entonces, dar una apreciación sobre los territorios (…)”
5	Directivo Fundaciones	“(…) tuvimos una campaña con la Riviera, cuando existía, y ese es el tipo de campaña que buscamos, reforzar los mensajes que desde el ente rector se mandan a las mujeres, y a nivel digital, reforzar los mensajes y volverlos virales (…)”
6	Directivo Fundaciones	“(…) hicimos una alianza con la Secretaría para ganar el Guinness récord en número de mamografías, en el 2013, en 23 puntos, con Capital Salud y otras IPS, porque nos dimos cuenta de que en Bogotá solo hay 8 mamógrafos, y eso es muy poquito. Siempre hacemos alusión a la información, a los estudios de investigación, no hemos profundizado porque no tenemos el tecnicismo y la gente, por eso la idea es que las campañas sean digitales y que se viralicen esas fotos y esos videos (…)”
7	Directivo Fundaciones	“(…) Este año la estrategia fue toda digital e hicimos unos cuadros evocando las obras maestras para hacer concientización del cáncer de mama, y si te fijas, las caras son de mujeres reales, y hay videos en YouTube (…)”
8	Directivo Organización sociedad civil	“(…) El papel de la Liga ha sido la educación y la difusión. Son 30 ligas a las que les damos todo el material educativo, hacemos los plegables, afiches e información de prensa, a su vez, ellas lo multiplican en sus ciudades. (…)”
9	Directivo Organización sociedad civil	“(…) Entonces, nosotros establecemos unas campañas anuales, hechas por las 30 ligas de todo el país, con mensajes similares en todo lo que tiene que ver con el cáncer de mama; por ejemplo, nosotros hacemos tres pasos básicos: el de la mamografía después de los 50 años, y en caso de que haya sospechas la cita con el médico especialista; el examen de palpación de mama a los 30 y el auto examen cada mes.... tenemos una actividad de lanzamiento para medios de comunicación, que sea impactante. Por ejemplo, este año hicimos la ruta por la vida, se hizo en la ciclovía ¿y qué se logró? Que hubiera muchas entrevistas, que se hablara mucho del cáncer de mama, y esto lo hicieron todas las ligas de todas las ciudades: que se hiciera el desfile de moda, el ciclo paseo, y esos medios de comunicaciones nos ayudan a hablar del tema. (…)”
10	Directivo Organización sociedad civil	“(…) Eso es en lo que estamos trabajando ahora, en el impacto, aunque es difícil medir el impacto, porque uno puede hacer educación y ese mes pueden llegar más mujeres a las Organización sociedad civil, a consulta; pero, igual pueden llegar muchas otras mujeres por sus EPS, y es muy difícil medir. (…)”

Nivel Departamental		
11	Asesor Secretaría de Salud Cundinamarca	“(…) Entonces, yo no veo la acción de las fundaciones en el campo, aquí en la ciudad hay fundaciones muy buenas y trabajan bien, y existe una fundación cuyo único objetivo sea enseñar sobre el cáncer de seno y se está empezando a vincular con este programa, se llama “Fundavenus”, y es básicamente lo que nosotros hacemos, y el problema cada vez más se está enfocando a eso, a que nos pongamos las pilas con enseñar(…)”.
Nivel Municipal		
12	Directivo Hospital Chía	“(…) Hoy nos estamos encontrando que recursos para la investigación, no hay, son más cortos cada vez, cuando deberíamos meter más recursos en la investigación, formar a nuestros grupos de usuarios, porque tenemos ese recurso ahí pero no lo utilizamos en la debida forma. Los usuarios y sus representaciones no tienen recursos para trabajar, no se les da los recursos para que se desplacen, para que lleven a las veredas esos planes o programas que muchas veces, nosotros como hospitales, no nos alcanzan (…)”.
13	Liga de usuarios Soacha	“(…)El punto de encuentro siempre se organiza en el parque central de Soacha, ahí arranca uno a darle vuelta a todas las avenidas principales, pasa uno por el hospital, por la E.S.E municipal; y luego, el punto de encuentro este año fue en el colegio que queda al lado del hospital Yaguas” (Soacha, Liga de Usuarios, 2017)“Llamaron a varias personas para que se hicieran el auto examen, estuvo la Jefe de Secretaría de Salud diciendo como de debe hacer uno el auto examen en la casa, y que en el momento que uno detecte una anomalía, ir a su EPS para que le den la orden para que le tomen su examen. También nos dieron una pequeña charla sobre cáncer de útero, muy importante porque el cáncer se ha propagado mucho, más que todo el de seno (…)”. (Soacha, Liga de Usuarios, 2017)

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 24

Citas Territorialización Categoría Participación Social

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialización
1	Directivo – Fundación	“(…) Lo que queremos es que los pacientes se articulen en esa implementación, como organizaciones de pacientes, para bajar los mensajes de una manera más clara, porque conocemos a los pacientes y podemos hablarles en ese lenguaje; así, podemos articularnos con las entidades territoriales o con el Ministerio. (…)”
2	Directivo – Fundación	“(…) Y la Fundación no lleva mucho, para hacer un análisis del Plan Decenal, solo llevo 5 años; y cuando uno se mete en este tipo de cosas, lo hace desde el corazón y sin mucho conocimiento, he venido aprendiendo de políticas de salud, de la parte clínica, de las guías, pero al principio, más que todo éramos una fundación que acompañábamos a las personas, más de asistencialismo, elevar su calidad de vida, talleres, grupos de mejoramiento de imagen. Este tema de ser más técnicos y meternos en una política de Estado, y meternos a los territorios, eso ha sido porque nos ha tocado para hablar con propiedad.
3	Directivo Ecoopsos	“(…) Respecto del enfoque comunitario para garantizar el acceso a los servicios: “Tenemos todo el tema de atención primaria con un enfoque social y comunitario; tenemos las alianzas de usuarios, estas tienen por dentro una organización de grupos de trabajo por la calidad, se llaman el grupo de intervención de riesgo, la cual hace parte del equipo extramural, nos ayuda a detectar casos en la comunidad y canalizarlos (…)”
Nivel Municipal		
4	Directivo Secretaría de salud de Soacha	(…) la parte resolutoria, de intervención, es muy deficiente en el sistema. Como Secretario de Salud me llegan las quejas a diario, desde el momento que le diagnostican a la persona, al momento que debe pasar al especialista, han pasado 4 o 5 meses para llegar al acceso a los servicios (…)”
5	Directivo Hospital Chía	“(…) Falta mucho por profundizar, pero por lo menos ya hay una socialización del problema, y ya estamos metiendo a las EPS, a las IPS, a los entes territoriales, a las asociaciones de usuarios. Esto es lo que va a permitir llevar esa cultura a cada hogar, a cada mujer, del cuidado y el auto cuidado. Creo que ese es uno de los impactos porque se escucha, pero todavía le falta extenderse a esos lugares lejanos donde debe de escucharse más. (…)”
6	Directivo Hospital Chía	“(…) <i>Los comités en salud se reúnen con regularidad, hay comités ordinarios y extraordinarios donde se tocan temas puntuales frente a salud “en lo ordinario se tocan temas de vacunación, de salud pública; interactuamos con ellos con el fin de que ambos nos enriquezcamos, de que formulemos planes para realizar acciones que permitan mejorar la salud de la comunidad”</i> (Chía, Rosenberg Rincón, 2017)
7	Liga usuarios Soacha	“(…) Si el secretario de salud convoca a su personal y manda un informe completo o una invitación a las diferentes IPS y EPS, y ellos nos llaman a nosotros y como asociación de usuarios le damos la información a los usuarios, de qué jornada van a hacer, de vacunación, esterilización, de cáncer de mama; la cantidad de cosas que se hacen en los copacos, en las veedurías de salud, en las asociaciones de usuarios, porque en la E.S.E. municipal las asociaciones de usuarios son potentes(…)”
8	Liga usuarios Soacha	“(…) Aquí semestralmente se están haciendo representantes en ¿copacos?, de las diferentes IPS y EPS, en el cuál se tocan esos temas, lo mismo los comités de ética en las veedurías de salud, en el consejo territorial de seguridad social. Son temas que son importantísimos, por eso Soacha está bien, con sus falencias, de todos modos, las EPS bregan a prestar sus servicios, si no hay especialistas acá, tratan de mandarlos a otros lugares donde los puedan atender. (…)”

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 25

Citas Territorialidad categoría Coordinación intrasectorial

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialidad
Nivel Nacional		
1	Asesor Minsalud	“(…) Uno quisiera que esto hubiera sido más rápido y con una mayor conciencia de parte de los actores, en esto está no solamente el Ministerio, sino también están los aseguradores y su voluntad de avanzar en esto, los prestadores mismos, la misma sociedad civil, las organizaciones de voluntariado. De pronto ha faltado coordinación y que vayamos todos hacia un mismo objetivo, por eso, lo calificaría como regular, y ese sería el reto, pasar de regular a excelente (…)”
2	Directivo INC	“(…) Creo que todavía faltan algunas herramientas, que, aunque están planeadas y diseñadas, no se han podido implementar como se hubiese querido; es decir: tener una mayor cobertura para la capacitación de los prestadores primarios en la detección temprana del cáncer, y se lograron solucionar algunos inconvenientes que existían, en trabajo conjunto con el Ministerio, como por ejemplo que a los médicos generales en las aseguradoras no se les permitía prescribir la mamografía, había demora, el médico general no puede tomar decisiones cuando recibe la mamografía, eso también se trató de mejorar(…)”
3	Asesor Minsalud	“(…) La percepción que tengo es que, al nivel de los entes territoriales, de las secretarías de salud en sus diferentes estamentos, se ha descuidado esta parte, realmente uno no ve que haya un compromiso y que se estén teniendo acciones tendientes a mejorar esto desde el mismo ente territorial. Creo que aquí ha faltado que los entes territoriales se apersonen de esto, y que sepan que ellos son la autoridad en el territorio y que son los responsables como autoridad de que esto funcione (…)”
4	Directivo INC	“(…) Creo que, de alguna manera, en la medida que el control lo tienen los aseguradores, las Secretarías Departamentales han perdido capacidad de gestión, pues hace mucho no he estado en los territorios mirando eso, pero hasta cuando yo estuve, sentía un poco eso, porque como las Secretarías no tenían herramientas para poder gestionar adecuadamente los programas por lo que te digo, que se perdió un poco la mirada territorial y el asegurador está preocupado solamente por sus afiliadas; entonces pienso que lo que falta es recuperar la mirada territorial(…)”
5	Directivo Fundaciones	“(…) Desafortunadamente, los Secretarios de Salud se mueven según el gamonal político que haya, entonces, un año uno habla con uno y la política cambia, y al que sigue no le parece, entonces quiere hacer otra cosa, en tabaco o en vacunación. Es muy difícil esa continuidad para poder darte esa medición (…)”
6	Directivo Organización sociedad civil	“(…) Creo que unos vamos, por un lado, y otros por otro, hasta veo la desarticulación con las mismas fundaciones, porque hay muchos intereses, incluso para trabajar unidos con el Instituto Nacional de Cancerología. Lo ideal es trabajáramos articulados, pero lo veo difícil, no ha sido fácil (…)”
7	Directivo Organización sociedad civil	“(…) Digamos que, entre fundaciones, podrían ser los recursos económicos, y si trabajan con la Liga, se pueden ver opacados con la Liga, cada una quiere sobrevivir a su manera. Por otro lado, la Liga no trabaja tanto la educación y prevención en la población, no se ha buscado el espacio para el líder, como la Secretaría de Salud, para convocar y unir (…)”
8	Directivo Fundaciones	“(…) Totalmente desarticulado, incluso tratamos de hacer algo con SaludCoop para hacer una campaña de colón, después de mama, y la misma EPS no sabía que la IPS tenía un condicionamiento para trabajar, porque la directriz de los dueños de esa IPS era hacer otra cosa, y quedamos en la mitad, no se ponían de acuerdo, ya teníamos pactada la campaña y no se pudo hacer (…)”
Nivel Departamental		
9	Directivo Ecoopsos	“(…) Se supone que el ente territorial, llamado departamento o municipio, es el responsable por la salud de su población. Por ejemplo, ellos ya detectaron que hay una prioridad en salud que es el cáncer, hicieron un programa que son las movilizaciones, y

		nos llaman y nos articulan a los diferentes actores, tanto como a los entes locales como a las EPS, también a las IPS las han llamado porque tengo entendido que han dotado de mamógrafos a unos hospitales muy puntuales. (...)"
Nivel Municipal		
10	Operativo SS Chía	"(...) Digamos que hay una interacción, hemos mejorado en cuanto la integración con las IPS contributivas, pero falta porque muchas de ellas no tienen la dirección en Chía, su parte central es Bogotá, y muchos de sus funcionarios en Chía dependen de lo que les diga Bogotá. Eso hace limitar la participación y el apoyo a la detección temprana, no nos permiten un acceso total, nos dicen "ya se está cumpliendo", pero al validar la información no existe. (...)"
11	Directivo Hospital Soacha	"(...) Hay otras que son de articulación de las EPS con las IPS, tenemos elementos como el caso del mamógrafo, incluso cuando está desocupado se utiliza solo para atender a las personas del régimen subsidiado, y a las personas del régimen contributivo "váyase para la 170" (...)"

Nota: elaboración propia, 2018

Tabla 26

Citas Territorialización Categoría Coordinación Intrasectorial

No.	Actor	Hallazgo relacionado con la territorialización
1	Directivo INC	“(…) Mientras estuve en el Instituto participamos en muchas reuniones, en ese momento estábamos construyendo el Plan Nacional contra el Cáncer, discutimos los datos con el fin de proponernos unas metas, entiendo que está el observatorio de cáncer, no sé si ahí se discuten esas cosas. Digamos que por una estructura orgánica existen los espacios, y una preocupación para mí es la capacidad técnica, y la base técnico-científica de las discusiones (...)”. “(…) Y lo que siento es que a veces esos espacios de discusión son más de tipo político, que, unos espacios de discusión de carácter técnico, entonces, se vuelve una discusión desde la perspectiva del Ministerio o del Instituto Nacional de Salud o de Cancerología, y no es un espacio de discusión donde se debata o se fundamente las discusiones de carácter técnico científico (...)”
2	Directivo – Supersalud	“(…) <i>Los espacios no son sólo para articulación institucional, sino también, con la delegada de medidas especiales, porque hay EPS que están con algún tipo de medida, y con la delegada se hacen reuniones periódicas para mirar los planes de mejoramiento, el cumplimiento de estos. Ahí también se hace esa articulación para mirar cómo se puede mejorar lo que están fallando</i> “(…)”
3	Directivo Supersalud	“(…) Aquí veo dos elementos: siento difusa la interacción de asegurador y Territorio, porque son dos ordenadores distintos, y creo que desde los entes nacionales no logramos encontrar el clic entre estos, porque entonces el asegurador dice que no le tiene que hacer caso al territorio, y el ordenamiento del Ministerio es por territorio, y el de nosotros es por aseguradores, esa combinación a veces es difícil (...)”
4	Directivo Supersalud	“(…) Desde mi experiencia, no solo desde la Superintendencia, creo que uno ve una relación asegurador-prestador, y la intermediación de la entidad territorial está perdida, la mirada del territorio está muy perdida. Y la fuerza que tienen las entidades territoriales sobre los aseguradores es mínima, entonces, se da como un salto del asegurador al prestador, y el que tendría que generar una serie de agregaciones desde los determinantes, que es el territorio, está sin figurar. A veces, intencionalmente, porque no tienen capacidad de respuesta los aseguradores. (...)”
5	Experto investigador en cáncer	“(…) Y aquí (Centro Javeriano de Oncología) pasa lo mismo, me la paso haciendo propuestas de que hagamos detección temprana, y no existe, ¿aquí qué es lo que hacemos? Recibir a los pacientes cuando nos los mandan con diagnóstico de cáncer. La verdad, no veo una articulación entre actores de distintos niveles (Nacional Experto Raúl Murillo, 2017) Entonces, veo eso en la sociedad civil y veo la desarticulación en los niveles de atención, no trabajamos coordinadamente en eso, ni allá que es una institución pública, ni acá que es una institución privada, por más de que lo ofrezco (...)”
Nivel Departamental		
6	Operativo Convida	“(…) Esa falta de coordinación entre quien presta todas las labores de P y P y quién realiza los exámenes de tamización, en este caso, la mamografía, no hay una gestión que se realice para mejorar ese acceso a la mamografía; entonces tenemos que a una paciente le dan cita para su mamografía, a los 3 o 4 meses, y lógicamente hay una gran proporción de ellas que se pierde. Sería muy bueno lo que se ha hecho, como ejemplo, en los municipios de Cundinamarca, que una vez la mujer ha sido detectada, motivada, y acepta hacerse la mamografía, ya tiene su cita asignada y sabe que un transporte la va a llevar. Esto es lo que realmente ayuda a que esta cobertura y los resultados sean buenos. (...)”

7	Directivo Ecoopsos	“(…) Pienso que en la Gobernación de Cundinamarca se está haciendo un buen trabajo en cuanto cáncer de mama, pero, a nivel local no se ve eso, hay un desperdicio de plata y una baja participación local ¿qué impacta más? ¿hacer una citología o un examen de seno para que la señora no se muera? O ¿el humo para el niño? Eso hay que mirarlo bien, pero es falta de empoderamiento del ente local, no he visto al primer municipio que uno diga que está metido en el cuento, y si lo están haciendo, no lo articulan con nosotros, y puede ser que yo lo desconozca y no debería ser así, porque, antiguamente eran los consejos departamentales de seguridad social donde se articulaba todo ese tema, y no se volvieron a hacer. (...)”
8	Directivo Ecoopsos	“(…) <i>El hecho de que el departamento se haya empoderado de una política, de que tenga un programa y de que jale a todo el mundo, como lo debe hacer el ente en todo el sistema porque el ente es el que debe diseñar todas las políticas y articular todos los actores, pues me parece que es bueno porque ha permitido mover la población, ha articulado a las EPS, en el sentido de que nosotros somos los responsables de la mamografía; alrededor de eso tenemos el programa de “salud femenina”, entonces hacemos otras actividades en el tema de citología. No pienso que sea excelente porque pienso que falta más fuerza en la convocatoria, compartir con las alcaldías, porque las alcaldías tienen responsabilidades en el tema colectivo; entonces, uno ve que la alcaldía colabora con el bus y todo el tema, pero uno no ve el movimiento de las alcaldías (...)</i> ”
Nivel Municipal		
9	Operativo Secretaría de Salud de Chía	“(…) Digamos que hay una interacción, hemos mejorado en cuanto la integración con las IPS contributivas, pero falta porque muchas de ellas no tienen la dirección en Chía, su parte central es Bogotá, y muchos de sus funcionarios en Chía dependen de lo que les diga Bogotá. Eso hace limitar la participación y el apoyo a la detección temprana, no nos permiten un acceso total, nos dicen “ya se está cumpliendo”, pero al validar la información no existe. A veces se dice que salud es salud y nosotros estamos aparte, pero, falta esa parte de involucrarse porque la salud nos afecta a todos, entonces, hay que vincularse porque eso a todos nos beneficia, no solo por pertenecer a una Secretaría, sino porque todos somos seres humanos (...)”
10	Directivo Ecoopsos	“(…) Si, somos parte de ese pacto. El tema del pacto que nos llegó es más como un tema de acceso, que las personas puedan asistir a cualquier lado, que no haya problemas con autorizaciones; pero, que uno vea una línea fuerte del programa o un responsable, no se ve. (...)”
11	Directivo Secretaría de salud de Soacha	“(…) Dadas las quejas que se estaban presentando en nuestro municipio, y hay una oficina permanente de la Superintendencia en el municipio, y lo que se pudo impactar en Soacha se podrá impactar en cualquier parte del país, pues somos más grandes que Villavicencio o Bucaramanga. Creo que eso nos lo han entendido, y la Superintendencia nos lo entendió, entonces, es una articulación importante. (...)”

Nota: elaboración propia, 2018