

ARTÍCULO ORIGINAL

Inequidades en la atención del cáncer de mama en Colombia: revisión sistemática

Disparities in breast cancer care in Colombia: systematic review / Inequidades na atenção do câncer de mama na Colômbia: revisão sistemática

Fecha de recibido:
11 de abril de 2021.

Fecha de aprobación:
27 de julio de 2021.

Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda^{1,2}

RESUMEN

Objetivo: determinar la existencia de inequidades de acceso al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en mujeres de Colombia y describir los principales factores de riesgo asociados.

Metodología: se realizó una búsqueda sistemática con los términos: "neoplasias de la mama" AND "inequidades de salud" OR "inequidades del estado de salud" OR "factores socioeconómicos" AND "Colombia", en las bases de datos Pubmed (Medline), Scielo, Cochrane, EBSCO, Ovid, Elsevier, Lilacs, Imbiomed, en español, inglés y portugués, publicados desde 1 de enero 2000 al 31 de octubre de 2019.

Resultados: fueron seleccionadas 14 publicaciones. Se identificó que el estrato socioeconómico, el nivel educativo y el tipo de aseguramiento, en la mayoría de los estudios, se relacionan con las inequidades en cuanto a la enfermedad, con efectos variables sobre el riesgo de cáncer de seno e impacto sobre la detección temprana y el tratamiento. Estas variables influyen sobre la supervivencia total y sobre la libre de enfermedad.

Conclusiones: se identifican inequidades en salud en las pacientes con cáncer de mama en Colombia. Los factores identificados son el tipo de aseguramiento, el estrato socioeconómico bajo y la escasa formación escolar, que implican retraso en el diagnóstico y empeoran la condición clínica y la calidad de vida de las pacientes.

Palabras clave: neoplasias de la mama; inequidades de salud; inequidades del estado de salud; factores socioeconómicos.

ABSTRACT

Objective: To determine the existence of disparities in access for diagnosis and treatment in women diagnosed with breast cancer in Colombia, and to describe the main associated risk factors.

Methodology: A systematic search was conducted with the terms "Breast neoplasms" AND "Health disparities" OR "Health status disparities" OR "Socioeconomic factors" AND "Colombia", in the Pubmed databases (Medline), Scielo, Cochrane, EBSCO, Ovid, Elsevier, Lilacs, Imbiomed, in Spanish, English, and Portuguese, published from January 1, 2000 back to October 31, 2019.

Results: 14 publications were selected for the writing of the manuscript. It was identified that the socioeconomic level, the level of education and the type of insurance, in most of the studies, showed significant association to disparities in the disease. They also had variable effects on the risk of breast cancer and an impact in its early detection and treatment. These factors influence the full survival of the patient and their becoming disease-free.

Conclusions: Health disparities of patients with breast cancer in Colombia are identified. Factors such as type of insurance, socioeconomic level, educational level were identified, which impact the delay in diagnosis and worsen the clinical condition and the quality of life of the patients.

Forma de citar este artículo:

Bonilla-Sepúlveda OA.
Inequidades en la atención del cáncer de mama en Colombia: revisión sistemática. Med UPB. 2022;41(1):29-37.
DOI:10.18566/medupb.v41n1.a05

- 1 Grupo de investigación en Cáncer IDC. Medellín, Colombia.
- 2 Grupo investigación Biomédicas UniRemington. Medellín, Colombia.

Dirección de correspondencia:

Óscar Alejandro Bonilla-Sepúlveda.
Correo electrónico: oscaralejandrobbonilla@gmail.com

Key words: breast neoplasms; health disparities; health status disparities; socioeconomic factors.

RESUMO

Objetivo: determinar a existência de inequidades de acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres da Colômbia e descrever os principais fatores de risco associados.

Metodologia: se realizou uma busca sistemática com os termos: "neoplasias da mama" AND "inequidades de saúde" OR "inequidades do estado de saúde" OR "fatores socioeconômicos" AND "Colômbia", nas bases de dados Pubmed (Medline), Scielo, Cochrane, EBSCO, Ovid, Elsevier, Lilacs, Imbiomed, em espanhol, inglês e português, publicados desde o dia 1º de janeiro de 2000 a 31 de outubro de 2019.

Resultados: foram selecionadas 14 publicações. Se identificou que o estrato socioeconômico, a nível educativo e o tipo de seguro, na maioria dos estudos, se relacionam com as inequidades enquanto à doença, com efeitos variáveis sobre o risco de câncer de seio e impacto sobre a detecção precoce e o tratamento. Estas variáveis influem sobre a sobrevivência total e sobre a livre da doença.

Conclusões: se identificam inequidades na saúde nos pacientes com câncer de mama na Colômbia. Os fatores identificados são o tipo de seguro, o estrato socioeconômico baixo e a escassa formação escolar, que implicam no atraso do diagnóstico e pioram a condição clínica e a qualidade de vida das pacientes.

Palavras-chave: neoplasias da mama; inequidades de saúde; inequidades do estado de saúde; fatores socioeconômicos.

INTRODUCCIÓN

Debido al incremento en la incidencia, la mortalidad y los costos para los sistemas de salud, el cáncer es un tema de interés en salud pública. Según el Global Cancer Observatory (Globocan)¹, en el año 2018 se presentaron 18 078 957 casos nuevos de cáncer, mientras que para el año 2007 fueron 11.3 millones, lo que representa un incremento del 37% en 10 años². En Colombia el comportamiento es similar, para el año 2012 se diagnosticaron 71 442 casos³ y en el año 2018 la incidencia fue de 101 893, con un incremento del 42.6%⁴.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 30% y el 50% de los casos de cáncer son prevenibles⁵, sin embargo, el cáncer sigue siendo la segunda causa de muerte en los países industrializados, después de las enfermedades cardiovasculares, y fue la octava causa de muerte en Colombia, en el 2019⁶. Esta situación se agrava por la falta de implementación de mecanismos de prevención, detección oportuna y acceso a tratamientos.

Las políticas públicas son las decisiones adoptadas por un organismo estatal en respuesta a un problema relevante, que afecte seriamente a la población o a organismos de su jurisdicción. Dichas políticas tienen que ver con la creación e implementación de programas de acción dirigidos a mitigar un problema determinado⁷.

Las políticas para el control del cáncer buscan: la elaboración, implementación, evaluación y actualización de

estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz, el manejo clínico y la rehabilitación. En Colombia, en lo normativo, se dispone del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021 y de la Ley 1384 de 2010 que establecen las acciones para la atención integral del cáncer⁸.

Con estas normas se pretende controlar el cáncer y garantizar a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad, con calidad en la atención y reducción de las inequidades, a través de un sistema de prestación de servicios y de financiación con solidaridad en el financiamiento, eficiencia y competencia⁸. En Colombia se favorece el aseguramiento para lograr una cobertura total, en especial entre la población más pobre. Sin embargo, en el sistema hace falta mayor control y cumplimiento de la normatividad⁸.

Las principales dificultades que tiene el sistema de salud en Colombia son la accesibilidad a la prestación de servicios en salud, las ineficiencias de su organización y operación a causa del déficit de los recursos de salud y la escasa oferta en puntos no urbanos⁹. Los pacientes oncológicos son una población vulnerable, en quienes la condición de salud se suma a las dificultades para la atención, barreras en el aseguramiento, acceso a programas de prevención, al diagnóstico temprano y al tratamiento, lo que menoscaba las posibilidades de sobrevivir⁹.

El objetivo del estudio es determinar la existencia de inequidades en el acceso al diagnóstico y tratamiento, en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en Colombia, y describir los principales factores de riesgo asociados.

METODOLOGÍA

Búsqueda de la información

Se realizó una revisión sistemática de la literatura que permitió identificar las inequidades en los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama en Colombia. La búsqueda se realizó en las bases de datos Medline (Pubmed), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Cochrane, EBSCO, Ovid, Lilacs (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud), Imbiomed, utilizando los siguientes términos: “Breast Neoplasms” AND “Healthcare Disparities” OR “Health Status Disparities” OR “Socioeconomic Factors” AND “Colombia”,

de literatura publicada en inglés, portugués o español. Se seleccionaron los artículos originales, ensayos clínicos, revisiones, revisiones sistemáticas, metanálisis, estudios observacionales publicados entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de octubre de 2019 (un periodo de casi 10 años). Luego de esta revisión se identificaron las desigualdades de salud en mujeres con cáncer de mama en Colombia.

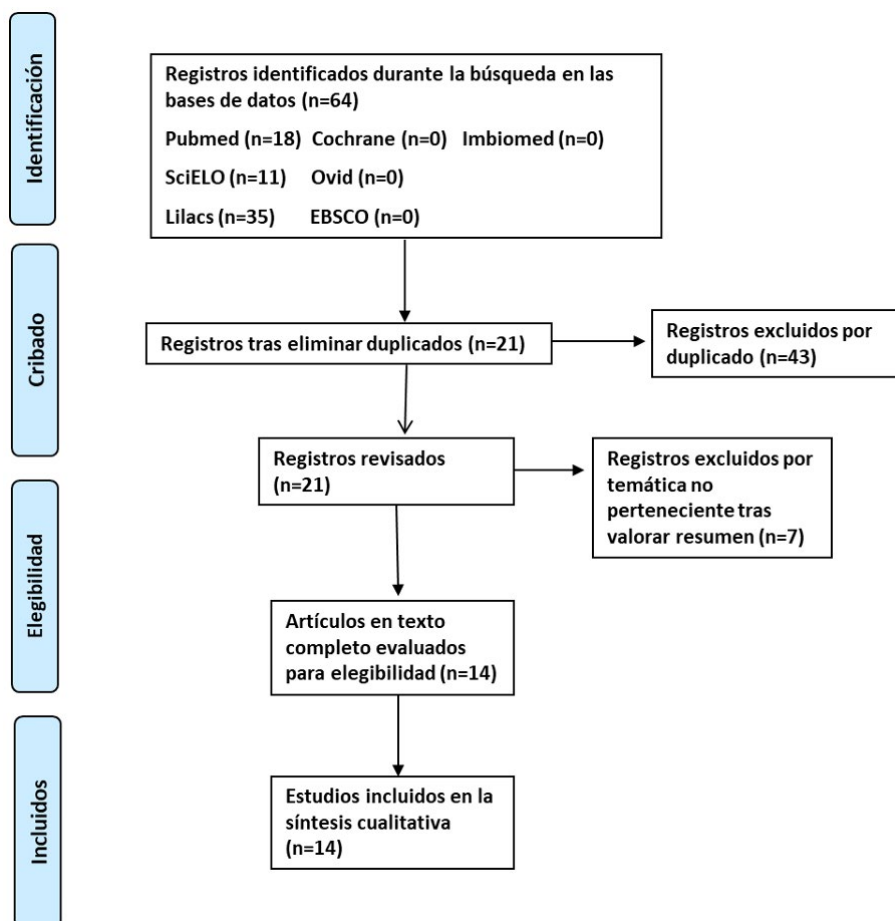
Criterios de selección

La búsqueda permitió encontrar 64 publicaciones, se descartaron 43 duplicadas y 7 por temática no pertinente tras valorar resumen. Finalmente, se seleccionaron 14 publicaciones que fueron consideradas de trascendencia para determinar las inequidades en los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama en Colombia. Con base en ellas, se presenta este manuscrito (Figura 1).

Categorización

Para jerarquizar las publicaciones se utilizó una adaptación de la clasificación en siete niveles de evidencias,

Figura 1. Esquema PRISMA de la revisión sistemática de los estudios sobre inequidades en salud en pacientes con cáncer de mama en Colombia.



propuesta por Melnyk y Fineout-Overholt¹⁰. Las publicaciones incluidas fueron codificadas, ordenadas y clasificadas en una base de datos. Se realizó reducción de datos con el fin de simplificar, resumir, codificar y organizar la información extraída mediante la lectura detallada de las publicaciones. La información se clasificó por subgrupos de acuerdo con la temática. En esta etapa se garantizó además que no se repitieran las publicaciones incluidas, se utilizó una matriz del programa Microsoft Excel y se establecieron esquemas de análisis de acuerdo con cada eje de análisis (categorías: diagnóstico, tratamiento y calidad de vida). Las etapas de desarrollo se presentan en la Figura 2.

Evaluación

Las 14 publicaciones incluidas correspondían a estudios observacionales, por lo que se seleccionó la herramienta STROBE (STrengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology)¹¹ para evaluar la calidad de estudios observacionales (cohortes, casos y controles, y estudios transversales). La herramienta contiene una lista de verificación de 22 puntos sobre diversos aspectos de los artículos, como el título y el resumen (punto 1), la introducción (puntos 2 y 3), la

metodología (puntos 4-12), los resultados (puntos 13-17) y la discusión (puntos 18-21), así como otros apartados relevantes (punto 22 relativo a la financiación).

Consideraciones éticas

Este estudio es “sin riesgo” según la clasificación planteada en el Artículo 11 de la Resolución n.º 008430 de 1993 (expedida por el Ministerio de Salud de Colombia), y se ajusta a la normatividad internacional (declaración de Helsinki y a las pautas éticas para la investigación biomédica preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por su sigla en inglés).

RESULTADOS

La búsqueda evidenció 64 publicaciones, después de aplicar criterios de exclusión un total de 14 fueron incluidas en la revisión bibliográfica sistemática y fueron evaluadas según la herramienta STROBE. La Tabla 1 y la Tabla 2 presentan el resumen de los factores asociados con inequidad, identificados en los estudios de acuerdo con su significancia estadística.

Figura 2. Etapas de desarrollo de la revisión sistemática.

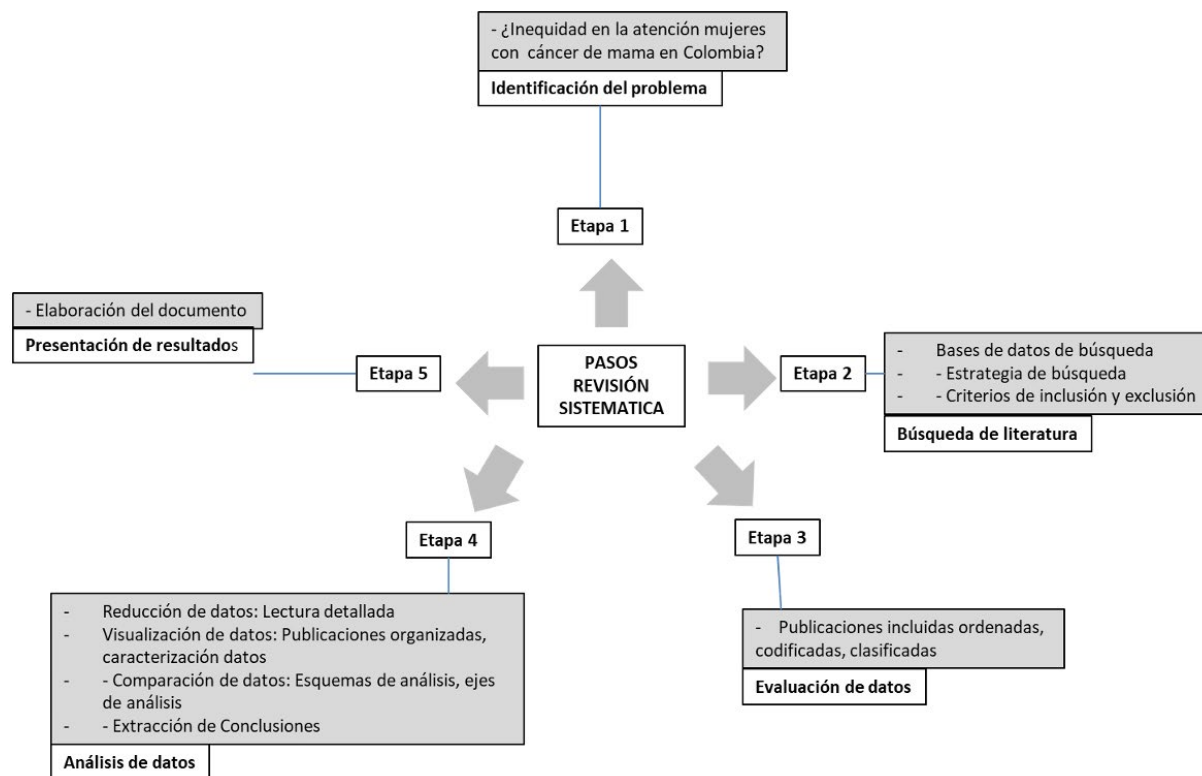


Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión bibliográfica sistemática, sobre las inequidades en cáncer de mama en Colombia y evaluación STROBE de los artículos.

Referencia	Año	Tipo de estudio	Número de pacientes	Tiempo de análisis	Objetivo/ Resultados	Puntuación STROBE
Egurrola-Pedraza (18)	2018	Descriptivo, retrospectivo, cohorte histórica	2732		<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad: contributivo 10% vs subsidiado 23%. - Tiempos de acceso a tratamiento: contributivo vs subsidiado: 52 y 112 días, $p < 0.05$. - Supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global mejores en régimen contributivo que en subsidiado ($p < 0.05$). 	22
Sánchez (19)	2015	Observacional analítico	136	90 días	<ul style="list-style-type: none"> - Aseguramiento en salud: 96% casos. - Tratamiento oportuno: 26.4% y en 36 casos se negaron los servicios. - El 23% interpuso tutelas para acceder a salud. - Análisis multivariado: asociación entre un tratamiento oportuno y estratos socioeconómicos IV y V (razón de probabilidad=3.39) y escolaridad superior a la secundaria (razón de probabilidad=2.72). 	21
A3. Arias-Ortiz (20)	2018	Cohorte exploratorio de base poblacional	380	Entre 2003 y 2007	<ul style="list-style-type: none"> - Supervivencia global: 71%. - Supervivencia menor en régimen subsidiado y en no asegurados. 	22
A4. González-Mariño (21)	2016	Observacional descriptivo	2061	2008	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad por nivel de educación: primaria/secundaria 1 521 casos (73.8%) vs universitario 147 casos (7.1%). - Mortalidad por seguridad social: contributivo 1083 casos (52.5%) vs subsidiado 695 casos (33.7%). 	15
A5. Bravo (22)	2014	Cohorte de base poblacional	9804	Entre 1962 y 2012	<ul style="list-style-type: none"> - El riesgo de morir fue mayor en las personas de ESE bajos vs ESE altos, HR=1.9 y en los mayores de 70 años vs los menores de 50, HR=1.6. 	22
de Vries (23)	2015	Cohorte de base poblacional	11 005	Entre 1998 y 2007	<ul style="list-style-type: none"> - La MCM fue más alta en mujeres con educación secundaria (RR 1.13) y más baja en mujeres con educación primaria (RR 0.93). 	22
Font-González (24)	2013	Cohorte de base poblacional	53 521	2010	<ul style="list-style-type: none"> - Mamografía de tamizaje: mujeres de 50-69 años con alto índice de riqueza (OR=4.7), la afiliación al seguro de salud especial o contributivo (OR=3.4 y OR=2.5, respectivamente), consulta de salud el año previo (OR=2.7), alto nivel educativo (OR=2.3) y muy buena salud (OR=1.5). 	21
Justo (25)	2013	Revisión de literatura y bases de datos públicas.	114 900 año	Diciembre de 2001 a diciembre de 2011	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad 10x100 000 en Colombia, similar a Ecuador, México y Perú. - TI mortalidad x 100 mujeres: Colombia 2002 (0.49) y 2008 (0.35) vs Argentina, Uruguay 2002 (0.35) y 2008 (0.27). - Estadío tardío: Perú, Colombia y México: 40-50% Estadío III-IV (avanzado) vs 10% en países como EE. UU o en Europa occidental (PRI). - Tasa supervivencia: 70% Latinoamérica vs 85% PRI. - Tasa cobertura: 94% para 2012 y 85% en 2008. - Factores de riesgo: <ol style="list-style-type: none"> 1. Edad media: (26) CC 0.846, $p=0.001$ 2. Producto interno bruto per cápita (2008 EE. UU. dólares, precios corrientes) (27) CC 0.688, $p=0.019$ 3. Educación femenina (matrícula bruta combinada, 2007) (28): CC 0.679, $p=0.031$. 	17
Pedraza (29)	2012	Cohorte de base poblacional	32 375	1985-2008	<ul style="list-style-type: none"> - Razón régimen afiliación subsidiado/contributivo: ESE bajo es 7.5 veces, en ESE medio 3.9 y en alto 1.3 veces. - En departamentos con ESE alto, la MCM aumentó 1.7% anual hasta 2004. En departamentos con ESE medio y bajo la MCM aumentó constantemente durante el período de estudio (3.5%), 3.8% anual. 	20

Referencia	Año	Tipo de estudio	Número de pacientes	Tiempo de análisis	Objetivo/ Resultados	Puntuación STROBE
Baena (30)	2011	Cohorte de base poblacional	tasa por 100 000	2000-2007	<ul style="list-style-type: none"> - La TEE de cáncer de mama en Antioquia fue 11.3 por 100 000 mujeres-año. En Medellín la TEE fue 12.5. - La TEE para MCM: En Medellín fue 1.2 veces más alta (10.1 en el resto de Antioquia) - Medellín presentó tasas de MCM más alta ($r=0.53$, $p=0.14$) vs resto de subregiones. 	22
Piñeros (31)	2011	Cohorte retrospectiva	1106	2006	<ul style="list-style-type: none"> - Estadío clínico al diagnóstico fue localmente avanzado en 57.1%. - Desenlace diagnóstico: Mediana de tiempo desde la primera consulta al diagnóstico, 91 días y la tasa de incidencia del diagnóstico fue de 20.5 por 100 mujeres-mes. - TI diagnóstico de cáncer de mama por 100 mujeres-mes y HR según variables de interés: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel educativo: <ul style="list-style-type: none"> - Primaria y secundaria: TI: 18.3 vs universitaria: TI: 26.9 2. Seguridad social: <ul style="list-style-type: none"> - Régimen subsidiado: TI: 16.6 vs régimen contributivo: TI: 22.0. 3. Estrato socioeconómico: ESE 1-2: TI: 16.9- 17.3, ESE 5-6: TI: 45.1-100.1. - Desenlace inicio de tratamiento: Mediana de tiempo desde la primera consulta hasta el tratamiento: 137 días. Tasa de inicio de tratamiento: 15.5 por 100 mujeres-mes. - TI de tratamiento de cáncer de mama por 100 mujeres-mes y HR: <ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel educativo: <ul style="list-style-type: none"> - Primaria-secundaria: TI: 13.2 vs universitaria: TI: 20.2. 2. Seguridad social: <ul style="list-style-type: none"> - Régimen subsidiado: TI: 12.7 vs régimen contributivo: TI: 16.5. 3. Estrato socioeconómico: ESE 1-2: TI: 16.9-17.3, ESE 5-6: TI: 45.1-100.1 	22
Charry (32)	2008	Observacional retrospectivo, analítico.	806	Enero de 2005 y junio de 2006	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso real a la mamografía de tamizaje: régimen subsidiado vs contributivo (OR=0.46) y pobres sin seguro de salud (OR=0.36). - Nivel educativo: analfabetas vs con estudio (OR=0.13). - Probabilidad de acceder oportunamente a la mamografía tamizaje: régimen subsidiado vs contributivo (OR=0.10). 	21
Salas (33)	2010	Transversal	220	2009	<p>Comparación de puntajes para calidad de vida y satisfacción en salud, según características sociodemográficas y clínicas.</p> <p>Pertenecer a un nivel socioeconómico bajo es factor de riesgo para menor calidad de vida. Razón de probabilidades: 3.28. Según la afiliación: contributivo CV 4b, SS 4; subsidiado CV 3, SS 4 y no se encontró diferencia para escolaridad y estado civil.</p>	21
Javier (34)	2006	Ecológico	Tasa por 100 000	1990-1996	<ul style="list-style-type: none"> - La organización social se asocia de forma positiva con mayor desarrollo económico y de forma inversa con el crimen violento y la morbi-mortalidad. Se determinó la asociación entre CS y la ocurrencia de muerte por cáncer. - Correlación de Spearman entre el CS y cáncer en Colombia: Cáncer de mama (mujeres): ρ 0.31, $p=0.08$. 	16

RAS: aseguramiento en salud. ESE: estrato socioeconómico. RR: riesgo relativo. OR: odds ratio. TAE: tasa ajustada por edad. PRI: punto de referencia internacional. CC: coeficiente de correlación. MCM: mortalidad por cáncer de mama. TEE: tasa estandarizadas por edad. TI: Tasa de incidencia. HR: hazard ratio. CV: calidad de vida. SS: satisfacción de la salud. CS: capital social.

Tabla 2. Resumen de los factores asociados con inequidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama identificados en los estudios con significancia estadística.

Factores	Referencia
Sistema salud	
Régimen de aseguramiento subsidiado vs contributivo	(18), (19), (20), (21), (24), (31), (32), (33)
Factores socioeconómicos	
Nivel educativo	(20), (22), (23), (24), (25), (29), (30), (31), (32), (33)
Estado socioeconómico	(20), (23), (25), (29), (30), (31), (33)
Estado civil	
Sin relación de pareja vs con pareja	(33)

DISCUSIÓN

Con respecto a la categoría diagnóstica, la OMS afirma que la detección temprana del cáncer es una estrategia eficaz contra la enfermedad¹². El pronóstico está determinado, entre otros factores, por el tiempo entre la aparición de la condición y el acceso oportuno al tratamiento¹³.

La identificación de la enfermedad en un estadio inicial, cuando puede ser tratada con mayor probabilidad de curación, es la principal estrategia contra el cáncer, además el diagnóstico temprano disminuye los costos económicos y psicológicos de la enfermedad¹⁴.

La mamografía es un examen diagnóstico ampliamente utilizado para la detección del cáncer de mama en su estadio subclínico, seguro y aceptado por la mayoría de las pacientes, que permite la instauración oportuna del tratamiento médico o quirúrgico. Diferentes estudios han confirmado su efectividad para prevenir la muerte por cáncer de mama¹⁵.

La revisión sistemática hecha por Richards, et al.¹⁶ estableció que la supervivencia era menor cuando el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento superaba los 90 días. En la presente revisión se encontraron estudios que analizaron la falta de acceso de la mamografía de tamizaje, donde factores como el régimen de afiliación a salud, el estrato socioeconómico y el grado de escolaridad son importantes.

Con respecto a la categoría tratamiento, el manejo del cáncer de mama se basa en la combinación de diferentes estrategias, que incluyen cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y terapias biológicas, según el estadio clínico y el subtipo intrínseco con base en los receptores hormonales, que son inherentes a la enfermedad y no a condiciones del sistema de salud, sociodemográficas o económicas.

En esta revisión se encontraron estudios que analizaron el retraso en el inicio del tratamiento como condicionante de inequidad. Estudios observacionales, de cohorte, tanto descriptivos como analíticos, encuentran inequidades

en el acceso, en tiempos de acceso a tratamiento, en las pacientes con cáncer de mama en Colombia.

Con respecto a la categoría calidad de vida, esta es un concepto complejo determinado por multiplicidad de factores. Un aspecto fundamental es el relacionado con la percepción subjetiva (lo percibido por el individuo, como la satisfacción o la felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el estilo de vida o el estado físico del individuo)¹⁷.

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, aunque en general se examina después del tratamiento para valorar los resultados de las intervenciones, también admite análisis relevantes, no solo de las repercusiones físicas, sino también de los cambios en el comportamiento y estado de ánimo de una persona después de un diagnóstico médico. Esto ha sido útil para evaluar la efectividad de las intervenciones terapéuticas o rehabilitadoras¹⁷.

El estudio de los efectos del tratamiento del cáncer de mama fue de los primeros en incorporar evaluaciones de la calidad de vida, particularmente de los efectos de la cirugía sobre la imagen corporal y la autoestima de la mujer, que determinan el estado funcional como reflejo de la salud física, mental y social. En el caso de los pacientes con cáncer, el estudio de la calidad de vida es fundamental porque se trata de una enfermedad con gran impacto físico, psicológico y social, tanto sobre quienes lo sufren como en sus familiares y otras personas que los rodean¹⁷. En esta revisión se encontró que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo es un factor de riesgo para puntajes menores en las escalas de calidad de vida.

A la hora de interpretar los resultados de este estudio hay que tener en cuenta sus limitaciones. La literatura disponible en las bases de datos científicas contiene una cantidad reducida de publicaciones para Colombia, lo que es un reflejo de la falta de investigación sobre el tema en el país; además, la evaluación de la calidad de los estudios primarios fue hecha por un único autor.

En conclusión, a pesar de que la literatura sobre cáncer de mama en Colombia es escasa, se identifican inequi-

dades en salud. Los factores reconocidos son el tipo de aseguramiento, el estrato socioeconómico y el nivel educativo, que incrementan el retraso en el diagnóstico y empeoran la condición clínica y la calidad de vida de las pacientes.

Declaración de conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Cancer today [Internet]. [citado el 26 octubre de 2019]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/home>.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer: datos y cifras [Internet]. 2017 [citado 2017 abr. 25]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
3. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(3):210–20.
4. WHO. 170-colombia-fact-sheets.pdf [Internet]. [citado el 24 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>
5. OMS. Nota descriptiva N.º 297 [Internet]. 2015 [citado 2016 feb. 10]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
6. Dane Colombia. Estadísticas Vitales [Internet]. 2019 [citado el 24 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitales_IIItrim_2019pr-20-diciembre-2019.pdf.
7. International Agency for Research on Cancer. World Cancer Report 2014. Lyon, Francia: International Agency for Research on Cancer; 2014.
8. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010, Ley Sandra Ceballos [Internet]. [citado 20 de octubre de 2015]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39368>.
9. Velásquez LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública México*. 2009; 51:s246–53.
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005. p. 3-24.
11. STROBE Statement: Home [Internet]. Strobe Statement [Internet]. [citado el 18 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>
12. Jung HM, Lee JS, Lairson DR, Kim Y. The effect of national cancer screening on disparity reduction in cancer stage at diagnosis by income level. *Plos One*. 2015; 10(8):0136036–0136036.
13. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología. Modelo para el control del cáncer en Colombia [Internet]. 2006 [citado 2016 mar. 20]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/Modelo-para-el-control-cancer-colombia.pdf>.
14. González-Rossetti A, Mogollón O. La reforma de salud y la seguridad social en Colombia. El desastre del modelo económico. Bogotá D. C.: Biblioteca Jurídica; 1999.
15. Armada F, Muntaner C, Navarro V. Health and social security reform in Latin America: The convergence of the World Health Organization, the World Bank and transnational corporations. *International Journal of Health Services*. 2001; 31(4):729–68.
16. Richards M, Westcombe M, Love SB, Littlejohns P, Ramirez J. Influence of delay on survival in patients with breast cancer: A systematic review. *Lancet* 1999; 353(9159):1119–26.
17. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001; 53(9):1149–62.
18. Egurrola-Pedraza JA, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Sánchez-Jiménez V, Herazo-Maya F, García-García HI. Diferencias en supervivencia debidas al aseguramiento en salud en pacientes con cáncer de mama atendidas en un centro oncológico de referencia en Medellín, Colombia. *Cad Saúde Pública Online*. 2018; 34(12):e00114117–e00114117.
19. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán AC. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016; 34(3):297–305.
20. Arias-Ortiz NE, de Vries E. Health inequities and cancer survival in Manizales, Colombia: a population-based study. *Colomb Med*. 2018; 49(1):63–72.
21. González-Mariño MA. Causas de muerte por cáncer de mama en Colombia. *Rev Salud Pública Bogota*. 2016; 18(3):344–53.
22. Bravo LE, García LS, Carrascal E, Rubiano J. Burden of breast cancer in Cali, Colombia: 1962–2012. *Salud Publica Mex*. 2014; 56(5):448–56.
23. de Vries E, Arroyave I, Pardo C, Wiesner C, Murillo R, Forman D, et al. Trends in inequalities in premature cancer mortality by educational level in Colombia, 1998–2007. *J Epidemiol Community Health*. 2015; 69(5):408–15.

24. Font-González A, Piñeros M, de Vries E. Self-reported early detection activities for breast cancer in Colombia in 2010: Impact of socioeconomic and demographic characteristics. *Salud Pública Mex.* 2013; 55(4):368–78.
25. Justo N, Wilking N, Jönsson B, Luciani S, Cazap E. A review of breast cancer care and outcomes in Latin America. *Oncologist.* 2013; 18(3):248–56.
26. Bay G, Jaspers Fajjer D. Latin American and Caribbean demographic observatory: Population projection. Quito, Ecuador: Latin American and Caribbean Demographic Centre, 2007.
27. United Nations Statistics Division. Gross domestic product and gross domestic product per capita [Internet]. [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://data.un.org/_Docs/SYB/PDFs/SYB62_230_201904_GDP%20and%20GDP%20Per%20Capita.pdf
28. United Nations Statistics. Human development indices: A statistical update 2009 [Internet]. [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: <http://data.un.org/DocumentData.aspx?id 185#15>. Accessed August 1, 2009.
29. Pedraza AM, Pollán M, Pastor-Barriuso R, Cabanes A. Disparities in breast cancer mortality trends in a middle income country. *Breast Cancer Res Treat.* 2012; 134(3):1199–207.
30. Baena A, Almonte M, Valencia ML, Martínez S, Quintero K, Sánchez GI. [Trends and social indicators of both mortality breast cancer and cervical cancer in Antioquia, Colombia, 2000–2007]. *Salud Publica Mex.* 2011; 53(6):486–92.
31. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Méx.* 2011; 53(6):478–85.
32. Charry LC de, Carrasquilla G, Roca S. [Equity regarding early breast cancer screening according to health insurance status in Colombia]. *Rev Salud Publica Bogota Colomb.* 2008; 10(4):571–82.
33. Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 28(1):9–18.
34. Javier Idrovo Á. Capital social, muertes violentas y mortalidad por cáncer en Colombia: una aproximación poblacional. *Rev Salud Pública.* 2006; 8(1):38–41.