

## **Condiciones socioeconómicas y trayectorias de acceso a servicios de salud.**

**El caso de niños con cáncer y sus familias. Cali, Colombia (2018-2019)<sup>1</sup>**

*Luisa Fernanda Iriarte Gamboa<sup>2</sup>, Diana Fernanda Martínez Gallego<sup>3</sup>, Yadira Eugenia Borrero-Ramírez<sup>4</sup>.*

### **RESUMEN**

**Objetivo.** Analizar la relación entre condiciones socioeconómicas y de acceso a servicios de salud de los niños y niñas con cáncer, atendidos en Cali (2018-2019).

**Método.** Estudio de caso, cualitativo, hermenéutico. Se seleccionó como caso la atención de cáncer infantil en Cali. Las técnicas de recolección de información fueron: entrevistas semi-estructuradas y entrevistas a profundidad.

**Resultados.** Se encontraron 4 trayectorias de acceso que evidencian inequidades sociales en salud. Con base en las características del Derecho a la Salud (DS) se clasificaron las barreras, de las cuales, las principales fueron de tipo administrativo.

**Conclusiones.** Se encontraron 4 trayectorias de acceso que evidencian inequidades sociales en salud. Con base en las características del DS se clasificaron las barreras, encontrando que las principales fueron de tipo administrativo. Se espera que esta investigación sirva como insumo a tomadores de decisiones en salud y personal sanitario para el fortalecimiento de estrategias políticas en salud, ayudando a comprender mejor las condiciones de los padres de niños y niñas con cáncer y las dificultades en el acceso a los servicios de salud.

---

<sup>1</sup> Trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

<sup>2</sup> MD. Esp en Admón. en Salud – Clínica Farallones – Pontificia Universidad Javeriana Maestría en Salud Pública

<sup>3</sup> MD. Esp en Admón. en Salud – Fundación Valle del Lili – Pontificia Universidad Javeriana Maestría en Salud Pública

<sup>4</sup> MD. Esp en teoría y métodos de investigación- Msc en Sociología. PhD Salud Pública – Universidad de Antioquia

**Palabras claves:** Equidad en el acceso a servicios de salud, derecho a la salud, determinantes sociales de la salud, cáncer, infancia.

El cáncer globalmente aumenta; en 2015 fue la segunda causa de muerte ocasionando 8,8 millones de defunciones (1). Estudios muestran que diagnósticos en etapas avanzadas se relacionan con peor acceso a servicios de salud y menores tasas de supervivencia (2,3). Más del 90% de países con ingresos altos ofrecen tratamiento, mientras en países de ingresos bajos solo se llega al 30% (1). Anualmente se diagnostican entre 17.000 y 200.000 casos de cáncer infantil (CI) en el mundo (4,5), con tasas de incidencia entre 50 y 200 casos por millón de niños(as), dependiendo del país (6). Las tasas de mortalidad varían entre 2,1 y 3,6 casos por millón, según procedencia, sexo y etnia (7).

En Colombia el cáncer es considerado un problema de salud pública por aumento de la morbi-mortalidad (2). La prevalencia reportada de CI fue 318.4 casos por millón de habitantes en 2015 y 2016 (8). El porcentaje de curación nacional es 50% (9), siendo 82% para quienes tienen Medicina Prepagada, 63% para afiliados a Empresas Promotoras del Salud (EPS) del régimen contributivo (RC) y regímenes excepcionales, el 45% para afiliados al Régimen Subsidiado (RS) y, solo el 28% para la población pobre no asegurada (10), mientras que en los países de altos ingresos alcanza el 84% (9).

En 2017 el departamento del Valle del Cauca ocupó el segundo lugar en notificación de CI. El diagnóstico más frecuente fue Leucemia Linfocítica Aguda (LLA). El 99,1% de los menores se encontraba afiliados al SGSSS al ser diagnosticados y el mayor número de casos -121- estaba en el RC. De 42 municipios el 36,59% tenían casos y Cali aportó el 73,1% (11).

En Colombia las investigaciones evidencian múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, entre ellas por: infraestructura, equipamiento, accesibilidad, organización administrativa y económicas (12,(13)(14),(7).

Teóricamente se propuso articular un enfoque de determinantes sociales de la salud y desigualdades, con una mirada de acceso a servicios de salud desde la perspectiva de derechos humanos. Las desigualdades en salud se entienden según la *International Society for Equity in Health* como (7): diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Así mismo, se acogió el modelo de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, que en 2010 planteó que los determinantes intermediarios de las desigualdades en salud son los recursos materiales -condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidado, ingreso y situación económica- y, los ejes de desigualdad son categorías de análisis que se estructuran a partir de relaciones asimétricas de poder -clase social, género, edad, etnia, territorio-. Este trabajo analizó dos ejes de desigualdad estructural: clase social y territorio; y de los determinantes intermedios se incluyeron: condiciones de empleo y trabajo de las familias, trabajo doméstico y de cuidados, situación económica, junto con servicios de salud. Finalmente, el análisis de acceso a los servicios de salud se desarrolló de acuerdo con la Observación General de Naciones Unidas No 14 (OG N°14), que incluye como dimensiones específicas del Derecho a la Salud (DS) disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre condiciones socioeconómicas y trayectorias de acceso a servicios de salud de niños(as) con CI y atendidos en la ciudad de Cali, entre junio de 2018 a junio de 2019.

## **MATERIALES Y MÉTODO**

Es un estudio de caso, cualitativo, hermenéutico. Se seleccionó como caso la atención en CI en la ciudad de Cali por: a) elegida como la primera ciudad en el mundo en la que se implementara el City Cancer Challenge C/Can 2025, proyecto para reducir la tasa de mortalidad por cáncer, b) Tiene

Registro Poblacional de Cáncer (RPCC), considerada como la fuente de epidemiología descriptiva más importante de Latinoamérica, c) Cuenta con instituciones de salud de alta calidad para 2015, d) Los servicios oncológicos son centros de referencia de departamentos vecinos.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali Colombia. Se consideró de riesgo mínimo.

Se entrevistó a padres -mayores de 18 años- de niños(as) con diagnóstico de CI, independiente del momento que atravesaban en el proceso de atención, que aceptaron participar voluntariamente; se hizo muestreo tipo bola de nieve, caracterizado por localizar a algunos individuos, los cuales conducen a otros, y estos a otros, hasta alcanzar saturación de las categorías de análisis (15). Los contactos iniciales fueron con organizaciones no gubernamentales que apoyan a estas familias. Se excluyeron padres procedentes de resguardos indígenas y/o menores de edad.

Se realizaron 7 entrevistas semi-estructuradas a actores claves, sobre la atención a niños(as) con CI. Además, 13 Entrevistas a profundidad: a padres/madres sobre los siguientes tópicos: condiciones socioeconómicas de las familias, acceso a los servicios de salud de los niños(as), historia de la enfermedad y situación socioeconómica de las familias de los padres. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio previa firma del consentimiento informado.

**Fuentes de información y trabajo de campo.** Se utilizaron fuentes primarias a partir de entrevistas a profundidad a los padres y entrevistas semiestructuradas a los actores claves. Para el procesamiento de la información recolectada a través de las entrevistas se utilizó como herramienta Atlas ti.

Inicialmente se estableció contacto con la Fundación Nuevo Amanecer, la Secretaria Municipal y Departamental de Salud, las cuales sirvieron de puente entre el equipo investigador y familiares. Una vez obtenidos los datos, los padres fueron contactados por: llamada para concertar una cita; un encuentro con la persona o la presentación directa de quien conocían a esta persona, en él se le explicó

en qué consistía el trabajo de investigación y se solicitó su participación voluntaria; una vez aceptó se solicitó que firmara el consentimiento informado y posterior a ello se concertó una cita para la entrevista. Se contó con el apoyo de una psicóloga oncóloga en los casos necesarios. **Análisis.** Se establecieron tres categorías de análisis preliminares, de acuerdo a los referentes teóricos; adicionalmente, durante el trabajo de campo emergió una nueva categoría (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Categorías de análisis**

| <b>Categorías</b>  | <b>Subcategorías</b>  |
|--|---|
| Condiciones socioeconómicas  | Condiciones socioeconómicas de la familia nuclear y abuelos.                |
| Accesos a servicios de salud   | Tipos de trayectorias de acceso   |
| Barreras de acceso frente al goce efectivo del Derecho a la Salud              | Disponibilidad, accesibilidad, calidad, aceptabilidad.                      |
| Respuestas familiares y sociales para la atención de los niños y niñas con CI. | Mecanismos de exigibilidad jurídica, social, redes de apoyo y religiosidad. |

Fuente: elaboración propia

# RESULTADOS

## Caracterización de padres, hijos(as) y abuelos(as)

**Cuadro 2. Condiciones socioeconómicas de niños(as) y padres/madres**

| Caso # | Edad niño en años | Sexo F/M | Escolaridad (actual) | Origen/ Procedencia            | Tipo de Origen | Cuidador    | Edad cuidador en años | Régimen afiliación | EPS         | Diagnóstico                               | Edad diagnóstico            | Estrato | Escolaridad cuidador | Edad madre en Años | Ocupación madre                  | Edad padre en Años | Ocupación padre        |
|--------|-------------------|----------|----------------------|--------------------------------|----------------|-------------|-----------------------|--------------------|-------------|---|-----------------------------|---------|----------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|
| 1      | 6                 | F        | 5P                   | Vereda la Rejoya, Popayán/Cali | Rural          | Madre       | 32                    | RS                 | Medimás     | LLA                                       | Sx: 3a<br>Dx: 6ª            | 1       | PI                   | 32                 | Ama de casa                      | 36                 | Empleado en una granja |
| 2      | 8                 | F        | 2P                   | Cali/Cali                      | Urbana         | Madre       | 33                    | RS                 | Medimás     | LLA                                       | Sx: 5ª                      | 2       | PI                   | 33                 | Confección                       | 35                 | Confección             |
| 3      | 14                | M        | 7B                   | Cali/Cali                      | Urbana         | Madre       | 40                    | RC+ Póliza         | SURA        | LLA                                       | Dx: 4ª                      | 4       | Prof.                | 40                 | Administradora                   | 51                 | Zootecnista            |
| 4      | 6                 | M        | 1P                   | La Dorada Caldas/Cali          | Rural          | Madre       | 29                    | RS                 | Medimás     | LLA                                       | Dx: 4ª                      | 3       | BI                   | 29                 | Ama de casa                      | 33                 | Guarda de seguridad    |
| 5      | 2,5               | F        | N/A                  | Popayán/Cali                   | Rural          | Madre       | 19                    | RS                 | Asmet Salud | LLA                                       | Dx: 1,5ª                    | 1       | BI                   | 19                 | Cocinera, Desempleada            | 29                 | Moto ratón             |
| 6      | 4                 | M        | Pre-Esc              | El Tambo Cauca, Popayán/Cali   | Rural          | Madre Padre | 31 y 34               | RS                 | Asmet Salud | LLA                                       | Dx: 3,5ª                    | 1       | BC madre<br>PC padre | 31                 | Ama de casa                      | 34                 | Agricultor             |
| 7      | 8                 | M        | 2P                   | Buenaventura/ Cali             | Urbana         | Madre       | 34                    | RS                 | Coosalud    | LLA-<br>Metástasis cerebral               | Sx: 2a<br>Dx: 4ª            | 2       | BC                   | 34                 | Cajera                           | 44                 | Farmacéuta             |
| 8      | 11                | M        | 5P                   | Magüi Payan /Cali              | Rural          | Madre       | 40                    | RC                 | SOS         | Osteosarcoma                              | Dx: 11ª                     | 2       | BI + curso técnico   | 40                 | Servicios varios<br>Renunció: Dx | 35                 | Transporte informal    |
| 9      | 15                | M        | 7B                   | Cali/Cali                      | Urbana         | Padre       | 54                    | RS                 | SOS         | Blastoma de fosa común                    | Sx: 12a<br>Sx: 14ª          | 1       | Ninguna              | 35                 | Se desconoce                     | 54                 | Albañil                |
| 10     | 9                 | M        | 1P                   | Bocas de Satinga /Cali         | Rural          | Padre       | 44                    | RS                 | Asmet Salud | LLA                                       | Sx: 12a<br>Dx: 14ª          | 1       | Ninguna              | 29                 | Se desconoce                     | 44                 | Carpintero             |
| 11     | 15                | F        | 10B                  | Cali/Cali                      | Urbana         | Madre       | 54                    | RS                 | Emssanar    | Tumor hipófisis                           | Dx: 11ª                     | 2       | BI                   | 54                 | Servicios varios<br>Renunció: Dx | 44                 | Guarda de seguridad    |
| 12     | 10                | M        | 5P                   | Cali/Cali                      | Urbana         | Madre       | 55                    | RS                 | Emssanar    | LLA                                       | Sx: 9a<br>Dx: 9ª            | 2       | BI                   | 44                 | Servicios varios<br>Renunció: Dx | 63                 | Jefe de ventas         |
| 13     | 7                 | M        | Pre-Esc              | Cali/Cali                      | Urbana         | Madre       | 41                    | RS                 | Emssanar    | Astrocitoma pilocítico del quiasma óptico | Sx: 9m<br>Dx: 1a<br>Tto: 4a | 3       | PC                   | 41                 | Servicios varios                 | 39                 | Bodeguero              |

Pre-Esc= Pre escolar  
P= primaria  
B=Bachillerato  
N/A= No aplica

PI=Primaria Incompleta  
PC=Primaria Incompleta  
BI=Bachillerato Incompleto  
BC=Bachillerato Completo  
Prof.=Profesional

Fuente: Elaboración propia

## Caracterización condiciones socioeconómicas de abuelas y abuelos

### Cuadro 3. Condiciones socioeconómicas de abuelos y abuelas

| Caso | ABUELOS MATERNOS               |                          |                   |                            |                         |              | ABUELOS PATERNOS                   |                           |              |                                |                     |              |
|------|--------------------------------|--------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------------|--------------|------------------------------------|---------------------------|--------------|--------------------------------|---------------------|--------------|
|      | ABUELA                         |                          |                   | ABUELO                     |                         |              | ABUELA                             |                           |              | ABUELO                         |                     |              |
|      | Procedencia                    | Ocupación                | Escolaridad       | Procedencia                | Ocupación               | Escolaridad  | Procedencia                        | Ocupación                 | Escolaridad  | Procedencia                    | Ocupación           | Escolaridad  |
| 1    | Vereda La Rejoja               | Ama de casa              | Analfabeta        | Vereda La Rejoja           | Agricultor              | Analfabeta   | Cali                               | Se desconoce              | Se desconoce | Fallecido                      | Se desconoce        | Se desconoce |
| 2    | Supía                          | Empleada domestica       | BC                | Cali                       | Indigente               | Analfabeta   | Antillas Holandesas                | Empleada domestica        | PI           | Tumaco - Nariño                | Constructor         | Se desconoce |
| 3    | Cali                           | Ama de casa (Pensionada) | Técnica comercial | Cali                       | Ortopedista (Fallecido) | Prof.        | Manizales                          | Ama de casa               | PI           | Manizales                      | Ganadero            | PC           |
| 4    | Puerto triunfo - Antioquia     | Ama de casa              | PC                | Puerto triunfo - Antioquia | Conductor camión        | PC           | La Dorada - Caldas                 | Trabaja en un restaurante | PI           | Cali (Fallecido)               | Policia             | BC           |
| 5    | Vereda El Plateado - Cauca     | Empleada domestica       | Analfabeta        | Bogotá                     | Lavador de carros       | Se desconoce | Fallecida                          | Se desconoce              | Se desconoce | Vereda Puelenje - Popayán      | Moto-ratón          | PC           |
| 6    | Vereda Lisboa dajuando - Cauca | Ama de casa              | PI                | Cali                       | Chofer                  | PC           | Vereda Lisboa Dajuando (Fallecida) | Ama de casa               | PI           | Vereda Lisboa Dajuando - Cauca | Agricultor          | PI           |
| 7    | Cartagena                      | Vendedora de carne       | PI                | Costa Rica                 | Soldador                | PC           | Bocas de Satinga - Nariño          | Aseadora                  | BC           | Bocas de Satinga - Nariño      | Constructor         | BC           |
| 8    | Magüi Payan - Nariño           | Agricultora              | PI                | Ricaurte - Cundinamarca    | Vendedor cholados       | Analfabeta   | Buenaventura                       | Vendedora de comida       | PI           | Cali                           | Constructor         | PI           |
| 9    | Se desconoce                   | Se desconoce             | Se desconoce      | Se desconoce               | Se desconoce            | Se desconoce | Se desconoce                       | Ama de casa               | Analfabeta   | Se desconoce                   | Granjero            | Analfabeta   |
| 10   | Se desconoce                   | Se desconoce             | Se desconoce      | Se desconoce               | Se desconoce            | Se desconoce | Buenaventura (Fallecida)           | Agricultora               | Analfabeta   | Buenaventura (Fallecido)       | Ebanistería         | Analfabeta   |
| 11   | Armenia (Fallecida)            | Ama de casa              | Analfabeta        | (Fallecido)                | Bodeguero               | Analfabeta   | Cali                               | Empleada domestica        | PI           | Chocó                          | Se desconoce        | Se desconoce |
| 12   | Cali                           | Ama de casa              | Analfabeta        | Cali (Fallecido)           | Maestro de construcción | PC           | Cali                               | Empleada en empresa       | Profesional  | Cali (Fallecido)               | Contador            | BC           |
| 13   | Cali (Fallecida)               | Vendedora de empanadas   | PI                | Cali (Fallecido)           | Vendedor en Galeria     | Analfabeta   | Cauca                              | Pensionada                | BC           | Cali (Fallecido)               | Guarda de seguridad | BC           |

Fuente: elaboración propia

## Trayectorias de acceso a servicios de salud:

El análisis de la información mostró 4 tipos de trayectorias de acceso, las cuales se clasificaron de acuerdo a: condiciones socioeconómicas de las familias, lugares de procedencia, régimen de afiliación y tipos de barreras que enfrentaron. Denominándose: a) Tener póliza: un privilegio; b) Que difícil un diagnóstico, nadie me cree; c) Ni en la ciudad me salvo de las barreras y; d) Huyendo del campo salvar a mi hijo y sin embargo no exijo.

A continuación, se desarrollan.

**Cuadro 4. Trayectorias de acceso de las familias**

| <b>TRAYECTORIA 1</b>  | <b>TRAYECTORIA 2</b>   | <b>TRAYECTORIA 3</b>   | <b>TRAYECTORIA 4</b>  |
|---|--|--|---|
| Tener póliza, un privilegio   | <i>Que difícil un diagnóstico, nadie me cree</i>   | <i>Ni en la ciudad me salvo de las barreras</i>  | <i>Huyendo del campo para salvar a mi hijo y sin embargo no exijo</i>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 1 paciente urbano</li> <li>➤ RC + Póliza</li> <li>➤ Estrato 4</li> <li>➤ C.I: 15 días del inicio de los síntomas, 4 veces al pediatra</li> <li>➤ Dx: tardó 1 mes</li> <li>➤ Madre profesional pero descalificada por los médicos</li> <li>➤ Atención: tiempos cortos + continuidad, oportunidad</li> <li>➤ Barrera: calidad (requirió 4 consultas a especialista previo al diagnóstico)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 3 pacientes, 1 rural</li> <li>➤ RS</li> <li>➤ Estratos 1 y 2</li> <li>➤ C.I: 1 y 6 meses post inicio de síntomas, 1 y 3 veces médico general</li> <li>➤ Dx: 1 y 7 meses. Remisión oportuna a III y IV nivel de atención</li> <li>➤ Violencia intra-familiar</li> <li>➤ Barrera: calidad, tiempos espera más largos</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 4 pacientes urbanos</li> <li>➤ RS</li> <li>➤ Estratos medio y bajo</li> <li>➤ C.I: 3 meses post inicio de síntomas, 4 veces a médico general</li> <li>➤ Dx: hasta 2 años</li> <li>➤ Barrera: accesibilidad (egreso). Pérdida de continuidad del tratamiento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 5 pacientes rurales</li> <li>➤ 1 RC y 4 RS</li> <li>➤ Estratos 1 y 2</li> <li>➤ CI: rápida post inicio de síntomas, innumerables consultas a médico general y pediatra</li> <li>➤ Dx: hasta 3 años; cuidado de los menores recae padres.</li> <li>➤ Barrera: accesibilidad, continuidad y calidad. No remisión ni atención oportuna</li> </ul> |

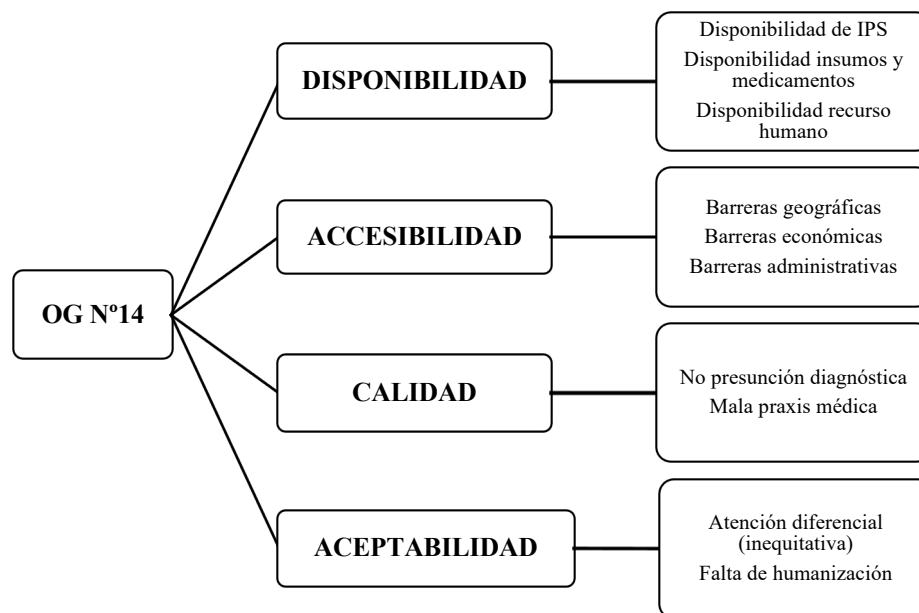
Fuente: elaboración propia

## Barreras de acceso a los servicios de salud

La clasificación de las barreras de acceso se efectuó según las dimensiones del DS planteadas en la Observación General N° 14 (OG N°14) (16), que contempla: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.



**Figura 1. Barreras de acceso a los servicios de salud**



Fuente: elaboración propia

En cuanto a las barreras de disponibilidad: actualmente la oferta de prestación de servicios de salud oncológicos, tanto de la red pública como privada, ha sido insuficiente; situación que tiene sus inicios en el año 2008 con la crisis del Instituto de Seguro Social (ISS)<sup>5</sup>. A continuación, algunas especificidades:

*Disponibilidad de IPS:* Desde el inicio de la reforma sanitaria se ha documentado una permanente crisis hospitalaria que inicia en 1998 (17) y se caracteriza por falta de recursos de financiamiento, disminución del presupuesto por transformación de recursos de la oferta a la demanda para financiar el aseguramiento y deuda creciente de las EPS hacia las IPS. En Cali se crea la defensoría del usuario (18). En el Valle del Cauca, la crisis financiera de la red pública inicialmente fue mayor en el norte, luego se extendió a cinco ESE's más y, posteriormente, al resto de los hospitales del Valle (19,20).

<sup>5</sup> Echeverry et al. (17) plantean que uno de los motivos de acción colectiva ha sido la crisis hospitalaria especialmente en protestas por la salud en Colombia donde se documentó que durante la implantación de la reforma de la salud se acrecentó la crisis de la red hospitalaria pública y del seguro social entre los años 2002 y 2008.

Las problemáticas más documentadas fueron: falta de insumos, libertad de precios en medicamentos, déficit de hemato-oncólogos peditras para atender la demanda, entre otros, afectando la atención a pacientes (21,22):

“Hubo un tiempo que solo teníamos 2 centros oncológicos...Hoy por hoy volvimos a tener 4 en Cali, nosotros tuvimos Imbanaco, Valle del Lili, Occidente, Saludcoop y HUV, se cerró Occidente, Saludcoop y HUV quedando solamente Valle del Lili e Imbanaco, fue una locura” (Actor clave 4).

Sin embargo, en noviembre del 2015 se aseguraban recursos para la red hospitalaria del Valle, se gestionaron \$20.000 millones para el HUV (23).

*Disponibilidad de medicamentos e insumos:* Con el intento de declaración de la emergencia social<sup>6</sup> en el año 2009 el gobierno consideró que no era posible pagar medicamentos tan costosos (24). Se da inicio a las crisis de algunas EPS como CaliSalud y Caprecom mientras los pacientes sobrellevaban las consecuencias por la restricción de servicios (25). A inicios del 2012 se fijaron topes de precios para medicamentos de alto costo tras la unificación del POS (26), pero hacia el mes de octubre del mismo año se anunciaba plan contra la escasez de medicamentos para el tratamiento del cáncer (27).

La crisis de la salud no solo afectaba la red pública con el cierre de dos EPS del RS en Cali, sino algunas entidades del RC como SaludCoop y Coomeva (28) empiezan a buscar salidas

---

<sup>6</sup> En el año 2009, el presidente de la Republica de Colombia acatando lo establecido en el artículo 215 de la Constitución Política de Colombia, el cual hace alusión a los Estados de Excepción, como la emergencia social, reglados en la Ley 137 de 1994, intento declarar el Emergencia Social en razón a que las EPS planteaban que la atención en salud, de más de 8 millones de personas, no se podía garantizar debido a la deuda del Fosyga con ellas (cerca de \$500.000 millones de pesos, 278 millones de dólares). Por su parte, el Ministro de Salud argumentaba que en 2008 se les habían reconocido 750 mil millones de pesos por recobros y que la alarma era innecesaria. Sin embargo, la Corte Constitucional declaro inexecutable el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 de declaratoria de Emergencia social por considerar que la crisis de salud no era un estado sobreviniente, sino una consecuencia de la estructura del SGSSS, la cual privilegiaba un modelo de mercado en salud, en ocasiones incompatible con el derecho a la salud y favorecedor del lucro (32).

para la crisis (29) y para finales de mayo del año 2015 los medicamentos para tratamiento del CI se agotan (30):

“A veces me dicen que no ha habido una droga, entonces me dicen que me vaya para la EPS, entonces a veces junto y yo la compro (..) la betametasona la he comprado varias veces” (Entrevista 10).

Finalmente, el año 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, mediante Res.00002475 del 14 de Junio, adelanta una declaratoria de existencia de razones de interés público para acceder al medicamento Imatinib en el país (31).

*Disponibilidad de recurso humano:* No hay un estudio nacional del recurso humano en salud, el último fue en 2007. El déficit de talento humano encontrado en las entrevistas fue porque algunos especialistas se van de las instituciones por falta de condiciones para atender los(as) niños(as) y dificultades en los pagos. Después del 2016 si bien no hay noticias en prensa sobre déficit de especialistas, esta situación se desconoce dado que no hay una actualización de los estudios de talento humano en salud, sin embargo, los menores no siempre cuentan con especialistas para su atención.

“No quiero, me da mucho pesar hacerlo, pero llevo ya un tiempo trabajando en esta clínica con las niñas, algunos tratamientos de los niños han salido de mí, entonces yo paso la carta de renuncia. Así que se quedan sin oncóloga” (Entrevista 2).

Además, en cuanto a las barreras de accesibilidad, según la OG N° 14 (16), a finales del 2015 preocupaba la situación con algunas EPS del país: liquidación de SaludCoop, la reubicación de usuarios de Caprecom, la nueva alianza entre Coomeva y Christus Sinergia (32). Hacia enero del 2016 en Cali se reportaban alrededor de 141 casos nuevos/año de CI y se

continuaban presentando barreras en la atención, lo que puso en alerta al gobierno (33) y 6 EPS se encontraban en dificultades jurídicas por las trabas impuestas a los pacientes con cáncer. En Cali los pacientes con CI de Cafesalud clamaban por atención a los(as) niños(as) y exigían reactivar el tratamiento a 100 de ellos (34), para el año 2018 la situación empeoró por no pago a las EPS, se negaban atenciones a niños(as) con cáncer en entidades como Coomeva EPS y Cafesalud aumentando el número de quejas a 426/mes en promedio en Cali (35,36).

*Barreras geográficas:* Las personas enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud de tipo geográfico, específicamente traslados desde área rural a cabeceras municipales en los departamentos del Cauca, Nariño y; desde el área rural de Buenaventura hacia la cabecera municipal y de ésta a Cali. El traslado desde zonas rurales en esta región del pacífico es difícil por la dispersión geográfica; por ejemplo, de la Vereda La Rejolla el traslado inicialmente es terrestre y por vías terciarias, hasta llegar a la vía principal, debido a que las vías se encuentran en malas condiciones. En Bocas de Satinga el traslado debe hacerse en lancha y la disponibilidad es generalmente diurna. Luego de la llegada a la zona urbana, los pacientes deben emprender un nuevo viaje hacia Cali, éste suele durar entre tres a cuatro horas. En otras ocasiones los padres deciden no esperar un traslado y se dirigen a Cali en transporte público.

*Barreras económicas:* El 92,3% de pacientes eran de estratos 1 y 2, crítico para sufragar los gastos de bolsillo relacionados con traslados, alimentación, copagos, medicamentos, entre otros, esto se convirtió en una barrera adicional para acceder a los servicios de salud. Para aquellos procedentes de área rural los costos son mayores, generando un descenso económico de las familias, muchos padres e incluso hermanos no se alimenten adecuadamente:

“Llegaban momentos en la casa que el único que comía carne era mi hijo, entonces llego un punto en donde él se alimentaba bien y nosotros no (...) yo sabía que él lo necesitaba más que nosotros (Entrevista 2).

*Barreras administrativas:* En junio del 2011 se evidenciaron situaciones donde los trámites administrativos eran un problema que afectaba en mayor proporción e incumpliendo la Ley para la atención integral del CI (37). Se encontraron dificultades para el inicio oportuno y la continuidad de los tratamientos, ya que para su entrega enfrentan demoras en la autorización o desabastecimiento de la molécula. Algunos casos se clasificaron según el causal:

**Cuadro 5. Subtipos de barreras administrativas**

| MOTIVO/CAUSAL  | CASO/EJEMPLO  |
|--|---|
| Trámites administrativos   | “Los inconvenientes ya vinieron cuando él empezó ambulatorio, que tengo que pedir orden para el transporte, autorización, ayer ya no tenía autorización para la quimio, medicamentos, que tengo que pedir autorización y la semana pasada me salieron en Popayán y el niño como no tenía medicamento me toco hospitalizarlo otra vez” (Entrevista 6). |
| Suficiencia farmacéutica   | “Es que Medimás desde hace tiempo no le entrega a uno medicamentos, ni siquiera lo que le formulan a uno en el control de crecimiento y desarrollo; No, es (...) ellos no me han dado nada... Si claro, pero allá (EPS) siempre le decían a uno que le salía más económico comprarlo uno, porque allí también tocaba comprarlas” (Entrevista 1).      |
| Asignación oportuna de citas                                     | “Él tenía que recibir control en 3 meses, pero ya han pasado 6 meses y no lo ha mirado la nefróloga” (Entrevista 2).  |
| Convenios con las aseguradoras                                   | “Todo fue bien hasta abril del año pasado, porque en abril se acabó Cafesalud que era la EPS que teníamos nosotros y pasamos a Medimás. De allí pasamos a que, se acabó con FVL y ahora era en Imbanaco” (Entrevista 4).  |
| Medios de transporte - un lujo en la continuidad del tratamiento | “Mañana tampoco hay transporte, a pagar 30.000 pesos en taxi, es un proceso” (Entrevista 10).   |
| Cancelación de copagos y cuotas moderadoras                      | “El 28 de enero 2019 exactamente, casualmente una pregabalina que le mando la doctora, las droguerías no me la entregaron que, porque no estaba ahí, si yo tengo la tarjeta del copago y no me lo entregaron que porque no estaba cubriendo lo de la cuota moderadora” (Entrevista 9).  |
| Negación- no autorización de estudios                            | “Si me negaron fue un examen que el neurólogo pediatra le mando, un examen de hueso, que se la mando el año pasado. Me toco decirle al dr que debía enviar una justificación de porque envía ese examen” (Entrevista 13).   |

Fuente. Elaboración propia

En cuanto a las barreras relacionadas con la calidad de la atención, se encontró, como asunto crítico que los médicos -en la mayoría generales- pero también pediatras, no sospechan tempranamente el diagnóstico de cáncer. No solamente la calidad es insuficiente, sino que hay maltrato, pérdida de la humanización en los servicios, incluso en algunas IPS de alta complejidad los médicos no ven al paciente, otra persona les avisa que ya tienen salida. Lo

anterior, se evidencia paralelamente en una referencia en la que el 18% de los pacientes en el país eran víctimas de mala praxis médica (38).

Algunos padres consultaron en múltiples ocasiones por los mismos síntomas y no hubo diagnóstico precoz o el mismo fue errado; el diagnóstico se dio después de días y/o meses, cuando la enfermedad había avanzado; impresión semejante tienen los(as) actores clave entrevistados(as):

“Como es posible que una persona que no tiene el conocimiento haga semiología mejor que el médico (...) Como es posible que tengan que ser unos padres los que lo sospechen (...) cuantos no veo que son ellos los que sospechan el cáncer y no el médico” (Actor clave 7).

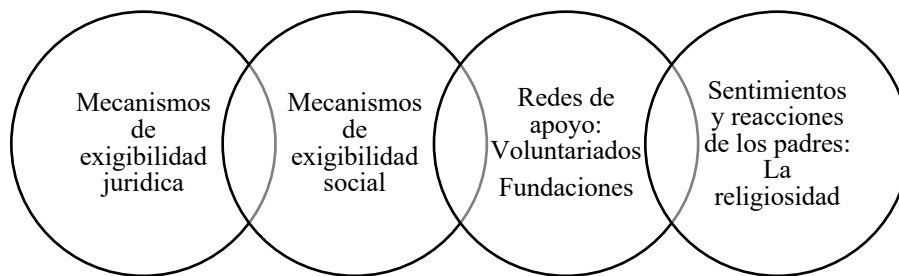
Para finalizar, en relación a las barreras relacionadas con la aceptabilidad en la atención: los pacientes manifestaron que a veces el diagnóstico fue dado de manera ruda y atemorizante; algunos estaban solos al momento de recibirlo, lo que les ocasionó confusión, temor y angustia; adicionalmente perciben que hay un acceso a los servicios de salud diferencial, según estrato socioeconómico, ciclo de vida o régimen de afiliación al SGSSS. Además, las mujeres –madres- eran descalificadas en los servicios de salud y estos precisan ser sensibles, no sólo al género sino a la particularidad que tienen las mujeres frente al cuidado de los hijos:

“La enfermedad con plata es una cosa y la enfermedad sin plata es otra” (Actor clave 4)

## Respuestas familiares y sociales para la atención de los niños y niñas con CI

Las familias de los niños(as) adoptaron cuatro estrategias para solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud, las cuales no son mutuamente excluyentes y usualmente utilizan dos o tres de estos mecanismos:

**Figura 2. Estrategias de afrontamiento**



Fuente: elaboración propia.

Respecto al uso de *mecanismos de exigibilidad jurídica*: Cinco padres utilizaron mecanismos de exigibilidad jurídica para poder acceder a los servicios de salud, sin embargo, muchos a pesar de que eran conocedores de los mismos, no se atrevían a utilizarlos por temor a represalias de la EPS.

“No sé, a veces me dan como ganas de meter la tutela o a veces como quedarme quieto (...) Yo vengo desde hace rato en esa guerra (...) ya me faltan 5 meses para salir de eso, de pronto por yo ir a molestar me pueden hacer otras cosas” (Entrevista 10).

En cuanto al uso de *mecanismos de exigibilidad social*: En los(as) niños(as) del RS fueron más evidentes las dificultades para la autorización oportuna, lo que se tradujo en pérdida de continuidad del tratamiento y mayor riesgo de complicaciones a corto y mediano plazo, situación que llevó a algunos padres a realizar acciones colectivas contenciosas:

“Uno habla y habla con las EPS y ellas no escuchan, entonces ¿qué nos toca a nosotros? Buscar los medios de comunicación (...) y a ellos no les gusta eso y ahí empiezan a reaccionar (...) es muy triste mendigar que lo atiendan porque uno está enfermo” (Entrevista 7).

*Redes de apoyo: voluntariados, fundaciones:* la mayoría de los padres se apoya en fundaciones sin ánimo de lucro y diferentes grupos para conseguir cupo en los hogares de paso, dinero para la cancelación de copagos y para el transporte para las citas médicas y las quimioterapias de los(as) niños(as):

“Por medio de la fundación, me han ayudado (...) la otra vez me llevaron un mercado, televisor (...) un juego de sala” (Entrevista 9).

Por último, *sentimientos y reacciones de los padres, la religiosidad:* Los padres sufren sentimientos de frustración, miedo y dolor, refugiándose en la religión, la cual les da estabilidad emocional:

“Yo me quería morir, no lo voy a negar y yo me encerré en un baño y me arrodille y llore y se lo entregue a Dios” (Entrevista 7).

## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con los resultados y la literatura disponible se discutirán cinco asuntos:

El primer asunto, barreras de acceso relacionadas con las trayectorias de atención en salud que enfrentan familias de los(as) niños(as) con CI, Plazas et al (39) destacan que el cáncer corresponde a la segunda causa de muerte en los países industrializados, a pesar que en el 90% de los casos ofrecen tratamiento a las personas con cáncer, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%, siendo para Colombia la tercera causa



de muerte para el año 2015 (1). Hirmas Adauy et ál. (40) identificaron las barreras que afectan en mayor proporción a personas de menor nivel socioeconómico: costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes, temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito.

En el caso colombiano, la revisión de Vargas et ál. (41) donde se estudiaron seis ciudades, evidenció como se prioriza la rentabilidad financiera y la contención de costos por encima del DS. De igual manera, Abadía y Oviedo (42) analizaron el sistema colombiano desde el concepto de los itinerarios burocráticos y llegaron a la conclusión que el sistema de salud puede ser considerado en sí una barrera estructural para el acceso. En este sentido esta investigación ratifica lo que ha sido demostrado en la literatura: las familias más pobres, procedentes de áreas rurales, tienen mayores dificultades respecto a la sospecha diagnóstica de cáncer, mayores complicaciones clínicas.

Con relación al segundo asunto, desigualdades sociales en el acceso a los servicios de salud, según el lugar que ocupan las personas en la escala social, se ha encontrado que algunos determinantes que contribuyen a las desigualdades por cáncer (43) reflejan la interacción de determinantes socioeconómicos, culturales, estrés, ambiente y biología, por ejemplo, miembros de grupos de minoría racial o étnica en los Estados Unidos tienen más probabilidad de ser pobres y desfavorecidos en cuanto a que tienen poco acceso o ninguno a atención sanitaria de calidad, en relación con las personas blancas (43).

En Colombia, en los últimos años, distintos grupos de investigadores han evidenciado como la población más pobre y vulnerable, tengan o no aseguramiento, tienen mayores obstáculos para acceder a un diagnóstico temprano y tratamiento de cáncer de mama y cuello uterino (44). Además, y como lo refiere Restrepo (45), en Colombia la salud infantil es un problema

de inequidad, al realizar el análisis de las causas de mortalidad en menores de 1 año, se evidencia que un porcentaje importante corresponde a muertes que se consideran evitables, innecesarias e injustas (45). Este trabajo ratifica que existe una brecha para el acceso a los servicios de salud de acuerdo al lugar que se ocupa en la escala social, ese gradiente no depende tanto del tipo de aseguramiento, sino de la posición socioeconómica y la ubicación territorial, siendo peor el acceso a diagnóstico y tratamiento continuo y de calidad, para niños procedentes de familias con trabajo precario, baja escolaridad y procedentes de zonas rurales.

Frente al tercer asunto, la baja preparación de los médicos generales para la detección de pacientes con CI, se encontraron estudios realizados en Estados Unidos entre estudiantes de medicina y médicos practicantes, muestran falta de entrenamiento y seguridad para aplicar las estrategias básicas para la prevención y detección temprana del cáncer (46). Existen estudios que describen el vacío entre las habilidades necesarias para lograr las metas para el control del cáncer y las habilidades adquiridas entre los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que el área de oncología es una especialidad multidisciplinaria y es enseñada comúnmente de manera fragmentada (46). El índice de sospecha de cáncer entre los especialistas es muy alto, sin embargo, ocurre lo opuesto con los médicos generales, que se rehúsan a realizar este diagnóstico, que no les es familiar (47).

Adicionalmente, hay deficiencias en la formación académica en algunas facultades de medicina. Un estudio realizado en Manizales, Colombia, en el que se evaluaron las competencias diagnósticas en oncología de los estudiantes de último año de medicina mostró que, aunque el cáncer es una de las temáticas que se incluye en el plan de estudios de la carrera, ésta se encuentra dispersa en diferentes asignaturas, semestres o niveles de

formación; los programas no cuentan con una cátedra específica para abordar temas asociados a la prevención y detección temprana del cáncer (46).

Frente al cuarto asunto, respuestas familiares y sociales para la atención de los niños con CI, podemos decir de manera general que los padres de los(as) niños(as) con CI experimentan múltiples sentimientos como: estrés, confusión, temor, angustia, rabia, tristeza, aburrimiento, desesperación, mal humor, frustración, indignación, incertidumbre, llanto. Un estudio realizado en Almería (España) encontró que a los padres de niños(as) con cáncer les preocupan las consecuencias a largo plazo derivadas de la enfermedad. Todo ello lleva asociado un esfuerzo extra para los padres (48). Otros estudios, como en México, encontraron que la mayor parte de los cuidadores no pudieron apoyarse en su pareja, amigos o familiares debido a que se encuentran lejos de su lugar de origen, hallazgo presente en nuestra investigación (49). Por lo anterior, cuentan con personas del común que apadrinan a los(as) niños(as) brindándoles un aporte económico mensual y jurídico. Sumado a esto, al igual que muestran otras investigaciones en Colombia, las personas utilizan las luchas sociales como una estrategia para acceder a los servicios de salud (50).

Por último, el quinto aspecto, hace referencia a la vulneración del DS como producto de la violencia estructural que genera sufrimiento social a los(as) niños(as) con cáncer y sus familias. De acuerdo a lo planteado por Galtung (51), la violencia estructural o indirecta corresponde a formas de violencia que no se ejercen directamente haciendo uso de la fuerza sobre una persona o grupo social y tiene su expresión en una distribución desigual de poder, recursos materiales y, en consecuencia, de oportunidades de vida. (52).

Cali, es la capital del Departamento del Valle del Cauca y de acuerdo a los datos del censo del año 2005 reporto que el 11% de los habitantes del municipio tienen necesidades básicas

insatisfechas, de los cuales 1,8 % correspondía a vivienda, 1.7% en el área urbana y 5,2% en el resto 61. Cali tuvo indicadores mayores comparados con el Valle del Cauca, destacando la mortalidad por CI siendo de 28.13% y el Valle 19,23% (53); sin embargo, para el año 2018, Cali tuvo un coeficiente de pobreza (GINI) de 0,46 más bajo respecto al Departamento y Colombia quienes obtuvieron 0,47 y 0,51 respectivamente (54), y además un índice pobreza monetaria del 15% muy por debajo del Valle del Cauca y Colombia, con un 20% y 27% respectivamente (54).

La investigación mostró que la mayoría de los padres viven en condiciones de precariedad económica y laboral, situación que han vivido a lo largo de sus vidas y que se reproduce intergeneracionalmente, lo cual determina las dificultades que enfrentan para poder acceder a la atención sanitaria, traduciéndose en barreras de acceso, en su mayoría son de tipo geográfico, administrativo y económico. De acuerdo a los datos encontrados en Cali y en la vida de los(as) niños(as) con cáncer y sus familias, podemos afirmar que sobre los pacientes con CI se han configurado formas de violencia estructural a lo largo de la vida y que éstas se exacerban a través del proceso de enfermedad, sobre todo al momento de ser diagnosticados y para el inicio del tratamiento.

Este trabajo evidenció un déficit en relación a la garantía de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), como derechos fundamentales, pues su goce efectivo implica redistribución económica (55). En el caso del DS, el informe de la Defensoría del Pueblo “La Tutela y el DS 2012” se presentaron en el año 424.400 tutelas, de ellas 114.313 fueron por el DS, siendo ésta la segunda cifra más alta desde la implementación de esta figura constitucional (56). En nuestra investigación el 30.7% de los padres de los(as) niños(as) con CI han usado medidas de exigibilidad jurídica, algunos que no lo han hecho ha sido

fundamentalmente por temor a enfrentar algún tipo de represalia en la atención sanitaria para sus hijos.

Otra estrategia es la exigibilidad social; en relación a ésta, no se encontraron investigaciones que relacionaran específicamente CI con exigibilidad social, sin embargo, en esta investigación el 38,4% de los padres de los(as) niños(as) con CI han participado en movilizaciones sociales en la ciudad de Cali, relacionadas con el acceso a servicios de salud.

## **CONCLUSIONES**

La reconstrucción de las condiciones socioeconómicas de las familias y las trayectorias de atención en salud de los niños(as) con CI evidencian inequidades sociales mediadas por tres grupos diferentes de barreras. Con base en las características del DS se encontró que las principales barreras son: de tipo administrativo las cuales se presentan especialmente cuando egresa el paciente de manejo intrahospitalario y; de calidad, específicamente para el diagnóstico de CI. De acuerdo a lo planteado en la OG No 14 de Naciones Unidas se han configurado violaciones del DS en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad.

Así mismo, en el caso de Cali ha habido vulneración de derechos económicos y sociales, lo cual se reproduce de manera intergeneracional, además no se garantiza el DS, ya que hay baja capacidad de los médicos generales para sospechar la enfermedad, siendo los padres los primeros en hacerlo, sin embargo, no hay valoración de lo que dicen. Por otro lado, es evidente la falta de conocimiento de los padres frente a la noción de derecho, sumado al bajo nivel educativo y la precariedad laboral, lo cual conlleva a la pérdida de la dignidad humana; es decir que el valor de los seres humanos, la vida y la garantía de los DESC y del DS son violados. Esa pérdida de la dignidad humana genera sufrimiento y conlleva a la ausencia de

una ciudadanía social, que puede ser aprovechada por distinto tipo de actores, haciendo que el sistema de salud reproduzca la segmentación social.

### **AGRADECIMIENTOS**

Las investigadoras agradecen de manera muy especial a las familias, a los padres y madres de los niños(as) con CI que nos compartieron generosamente sus experiencias; a la Fundación Nuevo Amanecer y de manera muy especial a su lideresa Diana Castro, quien nos enseñó con su historia que la solidaridad mueve montañas. A todos y todas mil gracias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cancer [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>
2. Rodriguez-Galindo C, Wilson MW, Chantada G, Fu L, Qaddoumi I, Antoneli C, et al. Retinoblastoma: One World, One Vision. *Pediatrics*. 2008 Sep 1;122(3):763–70.
3. Fajardo-Gutiérrez A, Sandoval-Mex AM, Mejía-Aranguré JM, Rendón-Macías ME, Martínez-García MDC. Clinical and social factors that affect the time to diagnosis of Mexican children with cancer. *Med Pediatr Oncol*. 2002 Jul;39(1):25–31.
4. Rodriguez-Galindo C, Friedrich P, Alcasabas P, Antillon F, Banavali S, Castillo L, et al. Toward the Cure of All Children With Cancer Through Collaborative Efforts: Pediatric Oncology As a Global Challenge. *J Clin Oncol*. 2015 Sep 20;33(27):3065–73.
5. Suarez Mattos A, Aguilera J, Salguero EA, Wiesner C. Pediatric oncology services in Colombia. *Colomb Med*. 2018 Jan 1;49(1):97–101.
6. Magrath I, Steliarova-Foucher E, Epelman S, Ribeiro RC, Harif M, Li C-K, et al. Paediatric cancer in low-income and middle-income countries. *Lancet Oncol*. 2013 Mar;14(3):104–16.
7. Acuña Lizbeth; Fuentes, Juan Camilo; Ramirez, Paula Ximena; Gil, Ana Milena; Castillo, Julieth; Castillo A. Situación del cáncer en la población pediátrica atendida en el SGSSS de Colombia 2017. Vol. 1, Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo. Bogota; 2018. p. 112.
8. Acuña L, Soler LA, Valderrama F, Daza MT, Ramirez PX, Niño A, et al. Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo. Día internacional de la lucha contra el

cáncer infantil. Vol. 4, Boletín de información técnica especializada. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2018. p. 1–8.

9. Reyes M-H, Pardo C, Cuervo S. Boletín Epidemiológico INC. 2016;18.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Travesías por los mundos de la Leucemia infantil: un laboratorio de mediaciones. 2017. p. 28.
11. Lesmes MC. Informe Anual 2017 Vigilancia en Salud Pública. Cali: Gobernación del Valle del Cauca; 2017. p. 905.
12. Bedoya Murillo CD, Garcia Restrepo DM, Perez Collante YJ. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Universidad CES. 2016.
13. Amortegui Beltran LS, Abello Gomez VC, Arias Buitrago AK. Revisión documental en el acceso a los servicios de salud que Afrontan los niños y niñas de 6 a 12 años diagnosticados con cáncer en Colombia 2005 – 2012. Vol. 105, Universidad de la Salle. 2014.
14. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Cien Saude Colet. 2015 Jun;20(6):1947–58.
15. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227–32.
16. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Observación general número 14, sobre el derecho a la salud. In: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. p. 21.
17. Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Protestas sociales por la salud en Colombia: La lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. Cad Saude



Publica. 2015;31(2):354–64.

18. Redacción El País. Crean defensoría del paciente. El País. 2008 Aug 14;2.
19. Redacción El País. Crisis de salud agobia a Cali. El País. 2009 Apr 18;A2.
20. Cuervo Plazas ZL. ¿Esta colapsando el sistema de salud? El País. 2009 Nov 22;C2.
21. Redacción El País. La salud, al borde del colapso. El País. 2009 Dec 6;A4.
22. Redacción El País. Emergencia social en sector de salud. El País. 2009 Dec 24;A10.
23. Redacción El País. Gestionarán \$20.000 millones para HUV. El País. 2015 Nov 6;B2.
24. Redacción C y. Bajaran precios de medicamentos. El País. 2010 Apr 23;B1.
25. Redacción El País. Municipio liquidó Calisalud por falta de recursos. El País. 2010 May 19;A3.
26. Redacción El País. Fijan tope a precios de medicinas de alto costo. El País. 2012 Jan 2;B1.
27. Redacción El País. Alerta por déficit de medicinas contra el cáncer. El País. 2012 Oct 13;A3.
28. Colprensa. Cargos contra Palacino y 70 directos de SaludCoop. El País. 2012 Nov 8;
29. Redacción El País. Coomeva EPS busca salidas a la crisis. El País. 2012 Dec 3;
30. Redacción El País. Agotado medicamento para niños con cáncer. El País. 2015 May 28;B2.
31. Gaviria Uribe A. Resolución 2475 de 2016. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016 p. 1–10.
32. Redacción El País. Así será la alianza entre Coomeva y Christus. El País. 2015;A7.
33. Redacción El País. Cali reporta 141 nuevos casos de cáncer infantil cada año. El País. 2016 Feb 2;B2.

34. Redacción El País. Piden reactivar tratamientos de cien niños con cáncer. El País. 2016 May 7;A3.
35. Redacción El País. Por no pago de EPS, niegan atención a niños con cáncer. El País. 2018 Jan 12;B9.
36. Redacción El País. 426 quejas de pacientes con cáncer. El País. 2018 Oct 17;B2.
37. Redacción El País. Tramitomanía, un mal que mata los niños con cáncer. El País. 2011 Jun 21;
38. Redacción El País. Errores médicos que se pagan con la vida. El País. 2008 Apr 27;8.
39. Plazas MC, Ospino R, Mejia A, Ortiz N, Cendales R. Evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia. Bogota: Instituto Nacional de Cancerología; 2005. p. 131.
40. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013 Mar;33(3):223–9.
41. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2):121–30.
42. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. Soc Sci Med. 2009 Mar;68(6):1153–60.
43. Instituto Nacional del Cáncer EEUU. Desigualdades por cáncer [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 11]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/desigualdades>
44. Arias S. Inequality and cancer: A conceptual revision. Rev Fac Nac Salud Pública.

- 2009;27(3):341–8.
45. Restrepo Centeno N. La Salud Infantil En Colombia: Un Problema De Inequidad  
Children'S Health in Colombia: a Problem of Inequality. *RevMedicaSanitas*.  
2017;20(2):64–6.
  46. Fernández-Deaza GP, Villate-Soto SL, Puerto-Jiménez DN. Educación basada en  
competencias para estudiantes de medicina sobre la prevención y detección temprana  
del cáncer. *Educ Médica*. 2017 Oct;18(4):270–5.
  47. Cavicchioli AC, Menossi MJ, Lima RAG de. Cancer in children: the diagnostic  
itinerary. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007 Oct;15(5):1025–32.
  48. Pozo Muñoz C, Bretones Nieto B, Martos Méndez MJ, Alonso Morillejo E, Cid  
Carrique N. Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en  
familias afectadas. *Rev Latinoam Psicol*. 2015 May;47(2):93–101.
  49. De la Huerta R, Corona J, Méndez J. Evaluación de los estilos de afrontamiento en  
cuidadores primarios de niños con cáncer. *Rev Neurol Neurocir y Psiquiatr*.  
2006;39(1):46–51.
  50. Borrero-Ramírez YE, Echeverry-López ME. Luchas por la salud en Colombia: Una  
propuesta teórica para su análisis TT - Struggles for health in Colombia.: A  
theoretical proposal for its analysis TT - Lutas pela saúde na Colômbia.: Proposta  
teórica para a análise. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2011;10(21):62–82.
  51. Galtung J. La violencia: cultural, estructural y directa. *Cuad Estrateg*. 2016;183:147–  
68.
  52. Tortosa Blasco JM, La Parra-Casado D. Violencia estructural. Una ilustración del  
concepto. *Doc Soc*. 2003;131(131):52–72.
  53. Duque S, Mora C, Perlaza G, Martínez G, Holguín J. Analisis de Situación Integrada

de Salud de Santiago de Cali. Cali: Secretaria de Salud Publica Municipal; 2017. p. 130.

54. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza monetaria en Colombia, año 2018. Boletín Técnico. 2019 May;1–33.
55. Echeverry ME. Indignación Justa: Estudios sobre la Acción de Tutela en Salud en Medellín. Primera Ed. Gaviria C, Orozco M, editors. Medellin: Universidad de Antioquia Editora; 2013. 388 p.
56. Díaz-Toro Y, Gutiérrez-Ortiz R, Quimbayo-Montealegre E, Jiménez-Barbosa W. Cáncer de piel no melanoma: de la patología a la tutela. Univ y Salud. 2014;16(2):234–45.