

Artículo de investigación

Barreras de acceso para la reconstrucción mamaria inmediata de los senos: voces de las mujeres

Barriers to access for immediate breast reconstruction: women's voices

Celmira Laza Vásquez ¹ ✉ [ORCID](#) [CVLAC](#)

¹ Magíster en Enfermería y candidata a doctora del Programa “Cures Integrals i Serveis de Salut” (Universitat de Lleida). Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Lleida. Calle Montserrat Roig, 2 CP. 25198, Lleida (Cataluña, España). Grupo de Investigación en Cuidados de Salud (GRECS), Instituto de Investigación Biomédica de Lleida Fundación Dr. Pifarré, IRBLleida, Lleida, 25198, España.

Fecha correspondencia:

Recibido: 19 febrero de 2022.

Aceptado: 04 de abril de 2022.

Forma de citar:

Laza-Vásquez C. Barreras de acceso para la reconstrucción mamaria inmediata de los senos: voces de las mujeres. Rev CES Enf [Internet]; 3(1): 6-19. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.21615/cesenferm.6615>

[Open access](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

DOI: 10.21615/cesenferm.6615

ISSNe 2745-049X

[Publica con nosotros](#)

Resumen

Introducción: la reconstrucción mamaria inmediata posterior a la mastectomía es un componente importante del tratamiento integral del cáncer de mama. A pesar de esto, en Colombia, las mujeres enfrentan diversas barreras para el acceso a esta etapa del tratamiento. **Objetivo:** comprender las barreras para el acceso a la reconstrucción mamaria inmediata que enfrentan las mujeres y las acciones desarrolladas para sortearlas, a partir de las voces de las mujeres y los cirujanos plásticos que las atendieron. **Método:** estudio cualitativo descriptivo realizado durante el año 2019, en la cual participaron 13 mujeres reconstruidas inmediatamente después de la mastectomía y residentes en el Departamento del Huila (sur de Colombia) y los 4 cirujanos plásticos de la región. La información se recopiló a través de un grupo de discusión y 10 entrevistas semiestructuradas que fueron analizados mediante la técnica del análisis temático. **Resultados:** emergieron tres temas: (i) Barreras administrativas de acceso a la reconstrucción mamaria inmediata, que describe las negaciones y demoras de las autorizaciones para el procedimiento quirúrgico; (ii) Acciones legales para enfrentar las barreras de acceso, dan cuenta de la obligación de las participantes de interponer recursos legales para el acceso a la atención; y (iii) Acciones no legales para enfrentar las barreras de acceso, fueron acciones individuales no legales que las mujeres desarrollaron paralelamente a la interposición de recursos legales. **Conclusiones:** este es un primer

acercamiento cualitativo que reporta las dificultades de las mujeres para acceder a la reconstrucción mamaria inmediata producto de las barreras administrativas que imponen las aseguradoras; develando la urgencia de analizar la estructura del sistema de salud colombiano para el acceso a un tratamiento integral del cáncer de mama y de otros estudios que permitan aumentar la comprensión en el tema.

Palabras claves: neoplasias de la mama; mamoplastia; accesibilidad a los servicios de salud; investigación cualitativa.

Abstract

Introduction: immediate post-mastectomy breast reconstruction is an important component of comprehensive breast cancer treatment. In spite of this, in Colombia, women face several barriers to access this stage of treatment. **Objective:** to understand the barriers to access to immediate breast reconstruction faced by women and the actions developed to overcome them, based on the voices of the women and the plastic surgeons who attended them. **Method:** descriptive qualitative research conducted during 2019, involving 13 women reconstructed immediately after mastectomy and residents of the Department of Huila (southern Colombia) and the 4 plastic surgeons of the region. The information was collected through a focus group discussion and 10 semi-structured interviews that were analyzed using the thematic analysis technique. **Results:** three themes emerged: (i) Administrative barriers to access to immediate breast reconstruction, which describes the denials and delays of authorizations for the surgical procedure; (ii) Legal actions to address barriers to access, account for the participants' obligation to file legal remedies to access care; and (iii) Non-legal actions to address barriers to access, were the individual non-legal actions that women developed parallel to the filing of legal remedies. **Conclusions:** this is a first qualitative approach that accounts for women's difficulties in accessing immediate breast reconstruction as a result of administrative barriers imposed by insurers; unveiling the urgency of analyzing the structure of the Colombian health system for access to comprehensive breast cancer treatment and of other studies to increase understanding on the subject.

Keywords: breast neoplasms; mammoplasty; health services accessibility; qualitative research.

Introducción

El cáncer de mama (CM) constituye un serio problema de salud pública por ser la neoplasia más común entre las mujeres. En 2018 se estimaron 2.088.849 casos nuevos; 199.734 se diagnosticaron en Latinoamérica y 13.380 en Colombia ⁽¹⁾.

Es conocido que la reconstrucción mamaria inmediata (RMI) posterior a la mastectomía es un componente importante del tratamiento integral del CM, al incidir positivamente en el bienestar psicosocial de las mujeres ⁽²⁾ y ofrecer beneficios en la calidad de vida con igual

seguridad oncológica en comparación con las opciones de reconstrucción tardías ⁽³⁾. No obstante, después de la implementación de la Ley 100 de 1993 que instauró el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), varios autores han reportado la existencia de barreras de acceso a la atención para la atención oportuna de las mujeres que padecen CM ⁽⁴⁻⁶⁾.

Esta Ley regula la seguridad social e incorporó los lineamientos de la agenda de reformas neoliberales de la década de los 90 en Latinoamérica. Se estableció un sistema de seguro de salud con actores especializados en las funciones de regulación, financiamiento, intermediación y prestación de servicios; participación del sector privado en la administración de los recursos del seguro social y en la provisión de servicios de salud. Así, impuso una lógica del mercado en la atención médica, transformándola en un bien de consumo, y redujo el rol de planificación y proveedor del Estado, que se convirtió en acciones de regulación y contratación ⁽⁷⁾.

Asimismo, la reforma afianzó e institucionalizó desigualdades de clase social al permitir dos paquetes de servicios de salud diferenciados, uno para personas con capacidad económica (contributivo) y otro, con un paquete aún más reducido de servicios, para personas sin capacidad económica (subsidiado) ⁽⁸⁾.

En el caso de las barreras de acceso a la atención para la RMI es escaso el conocimiento sobre las experiencias, trayectorias recorridas y dificultades de las mujeres para acceder a esta etapa del tratamiento; y a pesar de la alta presentación de CM en Colombia ⁽⁹⁾, no existen estudios sobre el tema por lo cual cobra importancia su abordaje. Por lo anterior, el objetivo de este estudio, que hace parte de uno de mayor alcance, fue comprender las barreras para el acceso a la reconstrucción mamaria inmediata que enfrentan las mujeres y las acciones desarrolladas para sortearlas, a partir de las voces de las mujeres y los cirujanos plásticos que las atendieron.

El abordaje del tema se realizó desde la propuesta teórica de los “Itinerarios burocráticos de los sistemas de atención médica” de Abadía ⁽¹⁰⁾. Esta propuesta plantea que, a pesar del aseguramiento universal de la seguridad social colombiana, la atención de salud y en especial para los padecimientos de alto costo como las enfermedades crónicas y el cáncer los usuarios del sistema se enfrentan a diversas barreras para el acceso a la atención que tiene como consecuencias el retraso de la atención sanitaria.

Método

Es crucial que las voces de las mujeres sean incluidas en el esfuerzo de la investigación sobre el CM, por lo cual este estudio se realizó desde un enfoque cualitativo. Desde la investigación feminista se asume la necesidad de tomar en cuenta que las experiencias femeninas son imprescindibles para desafiar las nociones prevalecientes sobre las mujeres ⁽¹¹⁾; las cuales deben entenderse en toda su complejidad, diversidad y riqueza sin perder de vista el contexto social y político en el marco de una sociedad estructurada, de cierta manera, por géneros ⁽¹²⁾.

Enero – junio de 2022.

El estudio se realizó en la ciudad de Neiva, capital del Huila (Colombia) durante el primer semestre de 2019. Las mujeres se identificaron y reclutaron en la Liga contra el Cáncer-Seccional Huila (Colombia), institución regional que presta diversos servicios de salud y desarrolla una importante agenda social y política en la lucha contra el cáncer y la defensa de los derechos de las personas que lo padecen.

Participaron mujeres que padecen CM y que habían reconstruido sus senos de forma inmediata, residentes en el Departamento del Huila. Al no existir estudios previos sobre el tema en Colombia, se configuró una muestra diversa de mujeres con RMI a través de un muestreo conveniente intencional ⁽¹³⁾, por lo que intencionalmente se incluyeron participantes con diferentes características sociodemográficos y clínicas (edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y años de diagnóstico); permitiendo una comprensión más amplia del fenómeno de lo que sería posible con una muestra homogénea.

Se invitaron telefónicamente a participar a 25 mujeres y 13 de ellas aceptaron participar. Todas las mujeres procedían del Departamento del Huila, habían terminado el primer año de tratamiento y desearon participar en el estudio. El promedio de edad era 43 años (rango 27 a 51 años) y la edad promedio del diagnóstico 37 años (rango 25 a 49 años). Solo una era soltera y sin hijos, ocho eran de estrato socioeconómico bajo y seis tenían educación universitaria. (Tabla 1).

Tabla 1. Características de las mujeres participantes en el estudio.

P	RSS*	Edad	ED**	ES***	Nivel educativo	Ocupación	Estado civil
1	Contributivo	33	28	Bajo	Técnico	Auxiliar de enfermería	Casada
2	Contributivo	41	33	Medio	Universitario	Ingeniera química	Casada
3	Contributivo	52	45	Bajo	Bachiller	Vendedora	Casada
4	Contributivo	44	30	Bajo	Técnico	Ama de casa	Casada
5	Subsidiado	48	38	Bajo	Universitario	Ama de casa	Casada
6	Medicina pre pagada	50	44	Alto	Universitario	Administradora de empresas	Casada
7	Contributivo	51	49	Bajo	Bachiller	Ama de casa	Unión libre
8	Contributivo	51	44	Alto	Universitario	Administradora clínica	Casada
9	Contributivo	40	38	Bajo	Bachiller	Ama de casa	Casada
10	Contributivo	38	31	Bajo	Técnico	Oficios varios	Casada
11	Contributivo	27	25	Medio	Universitario	Ingeniera civil	Soltera
12	Subsidiado	35	30	Bajo	Bachiller	Ama de casa	Casada
13	Contributivo	49	35	Medio	Universitario	Abogada	Casada

RSS*: Régimen sistema de salud; ED**: Edad diagnóstico CM; ESE***: Estrato socioeconómico.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Enero – junio de 2022.

También participaron los 4 cirujanos(as) plásticos del Departamento del Huila que realizan reconstrucciones de mama, con una edad promedio fue de 46 años y 12 años de experiencia. (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los profesionales de la salud participantes en el estudio.

P	Edad	Años de experiencia	Género	Especialidad
1	58	17	Masculino	Cirujano plástico
2	37	7	Femenino	Cirujana de plástica-Mastóloga
3	34	5	Femenino	Cirujana plástica oncológica
4	54	18	Masculino	Cirujano plástico-Mastólogo

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La información se recolectó en la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana y en la Liga contra el cáncer-Seccional Huila. Se realizó un grupo de discusión (GD), permiten realizar una inmersión y exploración en el tema; además de crear una atmósfera en la que los participantes se sienten conectados con otros miembros del grupo a través de sus experiencias compartidas, lo que es efectivo para extraer experiencias, reacciones, emociones e ideas diversas de los participantes ⁽¹⁴⁾.

El GD inicial se desarrolló con 5 mujeres y tuvo una duración de 100 minutos, y el guion incluyó información biográfica y las experiencias sobre las barreras que debieron sortear para la RMI. Además, se entrevistaron a 10 mujeres, las cuales duraron entre 60 y 90 minutos. Estas se realizaron hasta no encontrar nuevos hallazgos, con lo cual se consideró la saturación de la información con 15 entrevistas ⁽¹⁵⁾.

Los 4 médicos fueron entrevistados para triangular la información y alcanzar una mayor comprensión del fenómeno de estudio.

Para analizar la información, se realizó una codificación inicial y posteriormente, varias rondas de análisis donde se compararon, fusionaron y revisaron los códigos y algunos segmentos de las entrevistas fueron recodificados. Finalmente, los códigos se agruparon en los tres temas finales que se revisaron, validaron y definieron siguiendo la propuesta de análisis temático ⁽¹⁶⁾; con el apoyo del programa Atlas.ti 8.

La recolección y análisis de la información se realizó a la par, y el GD y las entrevistas se grabaron en audio y fueron transcritas en las siguientes 48 horas posterior a su anonimización. Una vez elaborados los resultados se invitó a las y los participantes a su revisión y estos fueron aceptados sin sugerencias.

Se tuvieron en cuenta todos los aspectos éticos planteados por la Resolución 8430 de 1993 ⁽¹⁷⁾. Se obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, y las y los participantes firmaron el consentimiento informado correspondiente previo a la recolección de la información.

Resultados

i) Barreras administrativas de acceso a la RMI

Diez participantes refirieron la negación inicial y demoras en la autorización del procedimiento quirúrgico (de 4 meses a un año); de las prótesis mamarias, las citas médicas especializadas y de otros procedimientos.

“[...] a mi esposo le tocó varias veces ir y por decirlo así pelear por que a mi si se me estaban demorando mucho era con la prótesis. Yo ya tenía la orden de la cirugía, tenía la orden todo, pero entonces la prótesis que no, que no ha llegado [...] él iba cada nada a la oficina o iba allá donde teníamos que ir a esperar donde llegaba la prótesis [...]” (Mujer 10).

También, de parte de las aseguradoras, recibieron información tergiversada acerca de los contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así lo expresa una de ellas:

“No, me decían [aseguradora] que no sabían dónde atendía la doctora [...] y yo les decía: ¡Pero si ella atiende por medio de [institución hospitalaria]! ¡Y me fui para [institución hospitalaria]! Me respondieron [aseguradora] que no sabían nada [...] y sí, sí atendía allá”. (Mujer 5 Grupo discusión).

A lo anterior, se sumó la obligación de realizar múltiples y dispendiosos trámites, largas filas y esperas innecesarias en las oficinas de las aseguradoras.

“Pero no más ir y que hasta le digan: usted tiene que ir a la autorización para allá, y allá espere y vuelva [...] y le toca ir por allá, que haga la cola porque ya no lo van a atender de una, sino que eso se dan el turno y esperar el turno y muérase allá toda la tarde sí”. (Mujer 6).

Los profesionales expresaron que las barreras administrativas impuestas por las aseguradoras responden a la consideración de este procedimiento como uno estético, desconociéndolo como parte del tratamiento integral del CM; y por el costo que para ellas supone la RMI.

“Esa es la odisea más grande porque las EPS [aseguradoras] buscan a no autorizarla [cirugía reconstructiva]. Ellas entienden esto como algo estético y es difícil hacer tratar que cambien y que entiendan que esto hace parte del tratamiento integral [...] entonces la paciente se toma una odisea de 4 a 8 meses de estar rogando a la EPS [aseguradoras]”. (Cirujano plástico 1).

Enero – junio de 2022.

Por esto las barreras son una estrategia para desesperar y disuadir a las mujeres, y que desistan del procedimiento y/o asuman su costo económico; a pesar que en Colombia el CM es considerada una patología de alto costo y su cubrimiento es del 100%.

“La autorización, por ejemplo. Una paciente que se va a reconstruir con prótesis, por el costo adicional, cuesta más de un millón [pesos]. Entonces ese extra detiene el proceso ¡Uh! Puede pasar más de un año, o un mes o tres semanas, depende de la EPS [aseguradora]”. (Cirujana plástica 3).

Teniendo en cuenta lo anterior, los galenos consideran el sistema de salud colombiano adverso y anticuado al no contemplar la RMI como parte del tratamiento integral para el CM, a pesar de la evidencia de los beneficios para las mujeres. Ante esto, recomiendan a las mujeres reclamar sus derechos como usuarias del sistema de salud a través de los diferentes recursos legales existentes.

Estas barreras administrativas generan preocupación en los cirujanos plásticos y en las mujeres por el retraso en el tratamiento y, por ende, las probabilidades del crecimiento del cáncer, de metástasis y disminución de la supervivencia libre de la enfermedad.

“Hay un momento crucial qué es en dónde decimos: ¡Hay que decidir! Si vemos que no se autoriza la reconstrucción por X o Y motivo y estamos, por ejemplo, en un estado post quimioterapia donde yo máximo debo operar a la paciente máximo a la sexta semana de la última quimio, pues a mí me toca decirle a la paciente: tomemos decisiones. O la operamos y hacemos una reconstrucción tardía. Muchas pacientes les toca eso, de tener que decidir entre operamos y después se hace una reconstrucción tardía”. (Cirujana plástica 2).

“[...] para pacientes de 4 a 6 meses que a veces han acabado su quimioterapia quirúrgica o cito-reductora y la EPS [aseguradora] no ha autorizado [RMI]. [...] algunas pacientes que han sufrido ese retraso son las que desgraciadamente terminan después hospitalizadas por metástasis cerebrales o pulmonares”. (Cirujano plástico 1).

ii) Acciones legales para enfrentar las barreras de acceso

Ante las barreras administrativas, las mujeres debieron interponer recursos legales como tutelas (solicitud judicial para la protección de los derechos constitucionales), desacatos a las tutelas (solicitud judicial para dar cumplimiento cuando no se acata la tutela) y quejas ante la Superintendencia Nacional de Salud contra las aseguradoras para reclamar sus derechos; lo que agilizó el proceso de autorización de la cirugía entre 4 y 10 días después de meses de esperas y angustias. La utilización de recursos legales fue recomendada por familiares, amigos y médicos; y las mujeres buscaron apoyo de abogados públicos de la Procuraduría y la Personería del Departamento del Huila para la interposición.

“[...] para reconstruir es muchísimo problema y eso puede retrasar mucho [...] entonces algunas de ellas se ven abocadas a la necesidad de acudir a las tutelas, a las demandas a Supersalud [...]”. (Cirujana plástica 2).

“No, pues a mí la que me dijo fue mi hermana. Me dijo: vaya y entutelé porque si no, no le hacen nada [...]. Pues yo fui allá, a la Procuraduría y me dieron un asesor y le comenté el caso mío. Le comenté por lo que estaba pasando y me dijo: ¡Listo! Sí señora, yo sé la hago. Y él mismo escribió todo, me hizo todo [tutela] [...]”. (Mujer 9).

Sin embargo, mujeres y profesionales destacaron que en muchos casos la vía legal no garantizó el acceso oportuno a la RMI ante la ineficacia del sistema legal colombiano, el fallo a favor de las aseguradoras y las estrategias administrativas que utilizan las aseguradoras para burlar los fallos legales favorables a las mujeres. (Tabla 2).

“[...] tuve que hacer uso de la acción de tutela el año pasado y he hecho de todo, he impugnado y nada, no me la han concedida [...] y eso que yo soy abogada y [...]”. (Mujer 13).

“Si, ponen tutela, desacato de tutela, pero el sistema de justicia colombiana es un saludo a la bandera ¿Cierto? A veces no sirve para nada [...]”. (Cirujano plástico 4).

iii) Acciones no legales para enfrentar las barreras de acceso

Paralelamente a las acciones legales, las participantes utilizaron acciones no legales como el pago de consultas especializadas, exámenes diagnósticos y prótesis mamarias para acelerar el tiempo de acceso a la cirugía.

“A mí del susto, [por la demora] lo que hicimos fue un crédito con mi esposo y el médico nos hizo el contacto de donde vendían las prótesis en Armenia, las pedimos a través de él [...]”. (Mujer 9)

De hecho, dos de ellas pagaron la totalidad del procedimiento quirúrgico. Para esto, debieron endeudarse con préstamos bancarios y familiares, y hasta vender algunos bienes.

¿De dónde salió la plata? No sé ¡Pero salió! [...] mi mamá me dijo: yo te lo presto y cuando vendas el carro me lo devuelves ¡Y así fue! Cuando vendimos el carro pues se lo devolví. ¡Una mastectomía radical bilateral con reconstrucción inmediata! ¡Eso fue lo que pagué!”. (Mujer 5 2discusión).

Además, las mujeres utilizaron las influencias de los médicos que las atendieron para obtener más rápido la autorización para la cirugía: *“[...] él [cirujano plástico] me dijo: no, yo te ayudo, yo te colaboro en la EPS [aseguradora]. Y así me colaboró y así pude sacar muchas autorizaciones”.* (Mujer 13).

También, de amigos y familiares que laboraban en el medio hospitalario y las aseguradoras para que las orientarán durante el proceso y poder acelerarlo, les abrieran las puertas con los

Enero – junio de 2022.

cirujanos plásticos de la región y les ayudarán en la gestión de autorizaciones ante las aseguradoras.

“[...] tenía una gran amiga que trabajaba en Emcosalud [aseguradora] [...]trabaja en la parte administrativa. Y me colaboró mucho para que me autorizaran y agilizaran las citas con el especialista y todo. [...]”. (Mujer 7).

Asimismo, la consecución de ayudas económicas ante entes gubernamentales para la consecución de las prótesis mamarias.

“La demora mía fue la EPS. [...] Mi hermana trabaja en la alcaldía, ella hace contacto con los de justicia para que me ayudaran [...] Y así fue. El 24 de diciembre me llamaron para decirme que ya estaban aprobadas las prótesis, el 24 de enero me hicieron la cirugía”. (Mujer 1 Grupo discusión).

Discusión

Este estudio devela las barreras administrativas para el acceso a la RMI y las estrategias legales y no legales utilizadas por las mujeres para sortearlas; desde las voces de las mujeres y los cirujanos plásticos.

En Colombia, como en otros contextos con sistemas de salud de cortes neoliberales, las mujeres enfrentan barreras de acceso que están fuertemente ligadas a las condiciones que imponen los sistemas sanitarios ⁽¹⁸⁾, lo que es corroborado por los participantes del estudio en el contexto colombiano. Así, a pesar de la obligatoriedad de la atención integral del CM ⁽¹⁹⁾, las mujeres debieron afrontar barreras administrativas para el acceso oportuno a la RMI. Paradójicamente, a pesar que las mujeres participantes contaban con un aseguramiento universal de salud, no pueden acceder oportunamente a la RMI al igual que otras mujeres de países en vía de desarrollo donde su principal barrera es la falta de aseguramiento ^(20, 21).

Estas barreras son resultados de la reforma del sistema de salud colombiano de 1993, en la que bajo una perspectiva neoliberal se dejó de lado el concepto de derecho a la salud, introduciéndose un esquema de seguro individual obligatorio y universal basado en empresas aseguradoras con fines de lucro como administradoras del sistema ^(22, 23).

Por lo anterior, en Colombia, los pacientes enfrentan una lamentable trayectoria ante las negativas de tratamientos, medicamentos y procedimientos; incluso aquellos cubiertos por parte de las aseguradoras, lo que ha resultado en el mayor número de casos de judicialización de atención médica en el mundo como el camino para la superación de las barreras para el acceso a los servicios de salud ⁽²⁴⁾; lo que se convierten en un obstáculo importante para las respuestas integradas y oportunas de atención ⁽⁵⁾.

Como en otro estudio sobre barreras de acceso ⁽⁶⁾, las participantes debieron asumir un paso adicional en su itinerario para la RMI: la interposición de recursos legales. A esto Abadía lo denominó “Itinerarios burocráticos” e ilustra el tránsito a través de las exigencias administrativas, financieras y legales obligatorias impuestas a los pacientes para acceder a los servicios que requieren; lo que reflejan el mal funcionamiento estructural del sistema, las luchas de los ciudadanos para acceder a la atención y las consecuencias perjudiciales en sus vidas ⁽¹⁰⁾.

Lo anterior ha resultado que en Colombia se haya registrado el mayor número de casos de judicialización de atención médica en el mundo como el camino para la superación de las diferentes barreras que interponen las aseguradoras para el acceso a los servicios de salud ⁽²⁴⁾. En este sentido, en el país, el sistema de salud deja al descubierto un sin número de barreras de acceso que a diario enfrentan los pacientes y que se han convertido en un obstáculo importantes para las respuestas integrales, integradas y oportunas de atención médica ⁽²⁵⁾.

A la par, las participantes debieron emprender acciones no legales que las llevó a “inventarse” estrategias ingeniosas para acceder a los servicios a los que tienen derecho. A estas, Sánchez ⁽²⁶⁾ las definió como el “Rebusque de la salud” y que son maniobras individuales e ingeniosas que emprenden las personas para sortear las barreras de acceso frente a un sistema que los lleva a “inventarse” cada día una estrategia nueva para acceder a los servicios a los que tienen derecho. Estas maniobras también representan la lucha de los usuarios por acceder a los servicios de salud, y recogen sus experiencias y sufrimientos. Al igual que las participantes en el estudio, en Colombia se ha documentado estrategias no legales, como el intercambio de servicios, pagos de servicios y el uso de influencias de amigos y familiares ante las aseguradoras, entre otras ⁽⁵⁾.

Limitaciones

Los resultados del estudio se circunscriben al contexto de la región Surcolombiana. No se incluyeron las voces de los compañeros y familias de las mujeres. Sin embargo, la triangulación de la información permitió corroborar las convergencias, divergencias y complementariedad de los datos obtenidos relativizando el posible sesgo e incrementaron el rigor de la interpretación ⁽²⁷⁾.

Conclusiones

Las mujeres que deciden por la RMI deben enfrentarse a las barreras administrativas que imponen sus aseguradoras; y frente a estas, han desarrollado diversas acciones para sortearlas. Así, y a pesar del aseguramiento en salud, la obligación de recorrer los “Itinerarios burocráticos” para la atención oportuna reflejan que en Colombia la atención no depende de las necesidades de los usuarios y las evaluaciones médicas, sino de los procesos legales que adelantan los usuarios para el acceso a la salud y la capacidad del sistema legal para responder a estos.

Para Enfermería es importante tomar en cuenta las experiencias y las necesidades emocionales de las mujeres durante el itinerario de la reconstrucción mamaria para de esta forma, diseñar estrategias de intervención enfermeras. En este sentido, los resultados llaman la atención en la necesidad de incluir el apoyo social y la orientación en el reclamo de los derechos de las mujeres como usuarias del sistema de salud dentro de los cuidados que se brindan.

Estos resultados hacen un llamado a los responsables de las políticas públicas sanitarias a desarrollar soluciones para la disminución de las barreras de acceso para la atención oportuna. Asimismo, se necesitan con urgencia estudios que profundicen e incluyan a otros actores del sistema de salud, como las aseguradoras y prestadores de servicios de salud; y que permitan vislumbrar críticamente las relaciones entre usuarios-aseguradoras-proveedores, y las consecuencias en la salud y supervivencia de las mujeres que padecen cáncer de las demoras para el acceso a la RMI.

Referencias

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2018;68(6):394-424.
2. Butler PD, Familusi O, Serletti JM, Fox JP. Influence of race, insurance status, and geographic access to plastic surgeons on immediate breast reconstruction rates. *The American Journal of Surgery*. 2018;215(6):987-94.
3. Cheng HM, McMillan C, Lipa JE, Snell L. A Qualitative Assessment of the Journey to Delayed Breast Reconstruction. *Plastic surgery*. 2017;25(3):157-62.
4. Egurrola JA, Gómez LR, Ossa CA, Sánchez V, Herazo F, 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. *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34(12): :e00114117.
5. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2014;32:305-13.
6. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán AC. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2016;34:297-305.

7. Cárdenas WIL, Pereira AMM, Machado CV. Trajetória das relações público-privadas no sistema de saúde da Colômbia de 1991 a 2015. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33.
8. Pinilla MY, Abadía CE. Hospital San Juan de Dios: actor and victim of the public policies in Colombia. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2017;34(2):287-92.
9. Global Cancer Observatory. Estimated number of new cases in 2020, Colombia, males, all ages. 2022. [citado febrero 2021]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=170&key=asr&sex=1&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&group_cancer=0&include_nmsc=0&include_nmsc_other=1
10. Abadía CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science & Medicine*. 2009;68(6):1153-60.
11. Thompson L, Walker AJ. The Place of Feminism in Family Studies. *Journal of Marriage and Family*. 1995, 57(4):847-865.
12. Thompson L. Feminist Methodology for Family Studies. *Journal of Marriage and Family*. 1992;54(1):3-18.
13. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful Sampling for Qualitative Data Collection and Analysis in Mixed Method Implementation Research. *Administration and policy in mental health*. 2015;42(5):533-544.
14. Patton MQ. *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice*. Los Angeles: SAGE, 2015.
15. Mason M. Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews. *Forum: Qualitative Social Research*. 2010;11(3):1-19.
16. Clarke V, Braun V. Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*. 2013;26:120-3.

17. Colombia, Ministerio de salud. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud. Bogotá. 1993.
18. Yang RL, Newman AS, Lin IC, Reinke CE, Karakousis GC, Czerniecki BJ, et al. Trends in immediate breast reconstruction across insurance groups after enactment of breast cancer legislation. *Cancer*. 2013; 119(13):2462-8.
19. Colombia, Congreso de la República. Ley 1384 de 2010: “Ley Sandra Ceballos” por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Bogotá, 2010.
20. Connell CL, Wang SC, Crook L, Yadrick K. Barriers to Healthcare Seeking and Provision Among African American Adults in the Rural Mississippi Delta Region: Community and Provider Perspectives. *Journal of community health*. 2019;44(4):636-45.
21. Coroneos CJ, Roth-Albin K, Rai AS, Rai AS, Voineskos SH, Brouwers MC, et al. Barriers, beliefs and practice patterns for breast cancer reconstruction: A provincial survey. *Breast*. 2017;32:60-5.
22. Martínez-Parra AG, Pinilla-Alfonso MY, Abadía-Barrero CE. Sociocultural dynamics that influence Chagas disease health care in Colombia. *Soc Sci Med*. 2018; 215:142-50.
23. Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan*. 2016; 31(6):736-48.
24. Lamprea E. The Judicialization of Health Care: A Global South Perspective. *Annual Review of Law and Social Science*. 2017; 13(1):431-49.
25. Martínez-Parra AG, Pinilla-Alfonso MY, Abadía-Barrero CE. Sociocultural dynamics that influence Chagas disease health care in Colombia. *Social Science & Medicine*. 2018;215:142-50.
26. Sánchez G. Cáncer de piel no melanoma: Riesgos e itinerarios. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia. 2013.

27. Morse JM. Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. *Qualitative Health Research*. 2015;5(9):1212-1222.