

Modelo de auditoría para el programa de detección temprana de cáncer de seno en usuarias de una EPS indígena activas en el segundo periodo del 2019

Angela P. Muñoz M., Daniela Manzano V., Katherin Z. Tovar T., Leidy C. Calambás A. y María

C. Zuñiga T.

Escuela de Administración de Negocios EAN

Especialización en Auditoría y Garantía de la Calidad en Salud, Cohorte XXIII

Dr. Fabian Díaz

Diciembre 8, 2020

Notas de autor

Angela p. Muñoz M., amunozm79395@universidadean.edu.co

Daniela Manzano V., dmanzan43321@universidadean.edu.co

Katherin Z. Tovar T., ktovart84642@universidadean.edu.co

Leidy C. Calambas A., lcalamb28807@universidadean.edu.co

María C. Zuñiga T., macazu@unicauca.edu.co

Contenido

	Pág.
Resumen.....	5
Antecedentes del problema	8
<i>Descripción del problema.....</i>	<i>10</i>
<i>Pregunta general de investigación</i>	<i>10</i>
Objetivos	11
<i>Objetivo general.....</i>	<i>11</i>
<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>11</i>
Justificación	12
Marco teórico	13
<i>Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).....</i>	<i>17</i>
<i>Cáncer y población indígena.....</i>	<i>18</i>
<i>Cáncer de seno en mujeres indígenas: prevención, tratamiento, creencias.....</i>	<i>20</i>
Modelos de prevención de cáncer de seno en mujeres indígenas.....	25
<i>Modelos de auditoría y su pertinencia para el programa de cáncer de seno</i>	<i>27</i>
Tipos de auditoria en salud	28
<i>Marco institucional.....</i>	<i>30</i>
Metodología	33

Cronograma de Gantt.....	47
Resultados Esperados	49
Consideraciones éticas	50
Conclusiones	51
Referencias.....	52

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1 <i>Lista de chequeo Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno</i>	35
Tabla 2 <i>Lista de chequeo Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama</i>	37
Tabla 3 <i>Lista de chequeo Resolución 3280 de 2018/SISPI</i>	40
Tabla 4 <i>Cálculo costos de personal según actividades</i>	45
Tabla 5 <i>Insumos</i>	45
Tabla 6 <i>Equipos</i>	46
Tabla 7 <i>Gastos generales</i>	46
Tabla 8 <i>Gastos totales</i>	46

Resumen

El cáncer de seno, una patología con alta tasa de morbi-mortalidad y una enfermedad de alto costo, por lo que nace la necesidad de crear un modelo de auditoría que evalúe y monitorice el impacto del programa “Detección de cáncer de seno” enfocado en las estrategias de tamizaje, seguimiento, satisfacción global y oportunidad de acceso a los servicios de salud, que permita a las instituciones crear planes de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados, para garantizar el cumplimiento de las directrices del Ministerio de Salud; para esto se realizó un estudio exploratorio para determinar el modelo de auditoría eficaz para ser aplicado al Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno en usuarias de una EPS indígena, activas en el segundo periodo 2019. Esta auditoría se realizó mediante la ejecución del ciclo PHVA, utilizando una lista de chequeo creada con base en la normatividad de referencia y obteniendo como resultado los principales puntos críticos para atacar, mitigar y subsanar, con el propósito de generar impacto en la población atendida, equilibrio financiero y la satisfacción, con el fin de que este programa tenga un impacto positivo en las mujeres indígenas afiliadas a la EPS indígena y que estas sean replicadoras de información.

Palabras claves: Cáncer de mama, Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno, Resolución 3280, Lista de chequeo, Población indígena, Enfermedad de alto costo.

El cáncer de mama es de los más frecuentes y con alta mortalidad, presentando mayor compromiso en los países de bajos y medianos ingresos, evidenciando que están relacionados con factores de riesgo medio ambientales y sociales.

América Latina presenta una alta carga de mortalidad e incidencia, siendo más frecuente en mujeres mayores de 15 años con una tasa de incidencia de 82,3 casos por cada 100.000 habitantes y la segunda causa de muerte por cáncer, después del pulmonar, con una tasa de 1,4 muertes por cada 100.000 habitantes. (Instituto Nacional de Salud – INS y Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

Según la OMS, anualmente en América, más de 462.000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama y casi 100.000 mueren a causa de esta enfermedad. Si las tendencias actuales continúan, para el año 2030 se prevé que el número de diagnósticos aumente en un 34%.

Para Colombia, el cáncer de mama es el principal cáncer del país, con 13.376 casos nuevos en 2018 (tasa de incidencia de 63,9 casos por cada 100.000 mujeres mayores de 15 años) y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de 17,2 muertes por cada 100.000 habitantes (INS y Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

En el proceso de atención a las personas con patologías oncológicas como el cáncer de mama, una serie de condiciones, entre las cuales se resaltan como factores determinantes el diagnóstico y el oportuno tratamiento, junto con los avances tecnológicos, han resultado en una mayor supervivencia para las pacientes. Sin embargo, el acceso limitado a estas intervenciones muestran un panorama oscuro para la mujer.

Cabe resaltar que el cáncer de seno es una patología con una alta tasa de morbilidad y de alto costo; por tanto, es importante insistir en la detección temprana, enfatizando en mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas, promoviendo estrategias que se adapten a su cosmovisión

y a sus particularidades sociodemográficas. Por lo tanto, se desarrollará un modelo de auditoría que evalúe y monitorice el impacto del Programa de Detección de Cáncer de Seno, enfocado en las estrategias de tamizaje, seguimiento, satisfacción global y oportunidad de acceso a los servicios, que permitirá a las empresas prestadoras de servicios de salud evaluar y formular planes de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados. La información podrá obtenerse realizando una búsqueda exhaustiva en los registros de la entidad y a partir del análisis de la normatividad relacionada con el tema; de igual manera, en publicaciones relacionadas que permitan un adecuado enfoque de los programas, logrando detección temprana, tratamiento oportuno y baja mortalidad en la población.

Antecedentes del problema

El cáncer es una patología que ha acompañado a la humanidad desde épocas inmemorables. Es la segunda causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, lo cual lo convierte en una enfermedad de interés en salud pública, como se evidenció en el año 2015 con 14 millones de nuevos casos y 8,8 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. (OMS, 2018).

Esta patología se manifiesta por la transformación de una célula inmadura que se multiplica de manera rápida sobre otras, llevando al(los) órgano(s) a degenerarse paulatinamente. Si no se procede a un adecuado manejo sobre estas células patógenas, pueden llegar a invadir otros órganos del cuerpo y como consecuencia generar un proceso denominado metástasis, lo que conlleva a una serie de tratamientos que implican un alto costo para las EAPB; según la Revista Colombiana de Cancerología, en el año 2016 se evidenció que los costos fueron mucho más elevados en los estadios avanzados de la enfermedad, ascendiendo a \$144.400.865; de igual manera, en la publicación se pone de manifiesto que una contribución importante en el costo de las recaídas tanto local como sistémica, siendo mayor el impacto de esta última con un valor superior a \$70.221.062, con respecto a la primera. El estadio que menos costos trae es el cáncer *in situ*, con un costo estimado de \$8.996.987 (Gamboa *et al.*, 2016), los que podrían disminuirse considerablemente si la enfermedad fuese diagnosticada en estadios tempranos.

Una de las estrategias adoptadas a nivel mundial para prevenir el cáncer de seno, es el autoexamen, la cual se ha convertido en aliado de las mujeres a la hora de cuidarse. Sin embargo, el conocimiento sobre este y su práctica no se han afianzado en las mujeres, especialmente en las pertenecientes a las comunidades indígenas; lo anterior se evidencia en el estudio realizado por la facultad de enfermería de la UNAP en el 2019 (García, Pinchi y Jara, 2019), donde encontraron

que el 78% de las mujeres de la comunidad indígena Sol Naciente desconocían la técnica para realizarse el autoexamen de seno y el 22% tenían conocimientos erróneos sobre la realización del autoexamen.

Existen factores socioculturales que afectan la práctica del autoexamen de seno; así lo aseguran Seyed Abolhassan Naghibi y colaboradores, quienes realizaron un estudio en Irán con mujeres de edades entre los 20 y 49 años. Entre los aspectos socioculturales que modificaban la buena práctica del autoexamen de seno, se encontraron: nivel de educación, antecedentes familiares, aspectos negativos como timidez, molestia, aumento de preocupación y falta de tiempo; sin embargo, como aspecto positivo, se encontró la disponibilidad de asistir a los centros de salud.

A nivel mundial, el cáncer de seno llega a ser la causa más frecuente de cáncer entre las mujeres; representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Según la International Agency for Research on Cancer, en su proyecto GLOBOCAN para el 2015 (Ferlay *et al.*, 2014), 1.800.450 mujeres padecieron esta enfermedad y 563.349 murieron por esta razón, de allí la importancia de la detección temprana del cáncer de mama; según cifras de la American Society of Clinical Oncology – ASCO (2019), la tasa de supervivencia a cinco años, si el cáncer se encuentra solo en la mama, es del 99%, diferente al diagnóstico de cáncer diseminado a alguna otra parte del cuerpo, donde la tasa de supervivencia en el mismo lapso, es tan solo del 27%.

Tal como lo indicó en el 2019 el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe – FILAC, el riesgo de morir de cáncer de mama es cada vez más elevado en mujeres y jóvenes indígenas de la región, ante múltiples aspectos como diagnóstico tardío, falta de acceso a los servicios entre otros.

Descripción del problema

Como ya se mencionó, el cáncer de seno es una patología con una alta tasa de morbi-mortalidad y una enfermedad de alto costo; por tanto, es importante acentuar la detección temprana y oportuna de anomalías en los senos, más aún enfatizando en mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas, promoviendo estrategias interculturales que se adapten a su cosmovisión y a sus particularidades sociodemográficas.

De acuerdo con lo expuesto, nace la necesidad de desarrollar un modelo de auditoría que evalúe y monitoree el impacto del programa de detección de cáncer de seno enfocado en las estrategias de tamizaje, seguimiento, satisfacción global y oportunidad de acceso a los servicios, que permitirá a las empresas prestadoras de servicios formular planes de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados y de esta manera garantizar el cumplimiento de las directrices de la Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018), por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).

Pregunta general de investigación

¿Cuál modelo de auditoría permitiría medir el impacto del programa de prevención de cáncer de seno en términos de tamizaje, oportunidad de acceso a los servicios y satisfacción global, en mujeres indígenas afiliadas a la EPS indígena durante el segundo periodo del año 2019?

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un modelo de auditoría que permita medir el nivel de impacto que tiene el programa de prevención de cáncer de seno en las mujeres pertenecientes a comunidades indígenas y que se encuentran afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca, durante el segundo período del año 2019.

Objetivos específicos

- Evaluar el porcentaje de cumplimiento de las metas establecidas en el programa de detección temprana de cáncer de seno según normatividad nacional.
- Identificar el tiempo de acceso a los servicios para la detección temprana del cáncer de seno en mujeres indígenas de Popayán afiliadas a la EPS Asociación Indígena del Cauca, activas durante el período 2019-2.
- Revisar la bibliografía existente sobre modelos de auditoría aplicados a programas de salud en el marco indígena.
- Crear la lista de chequeo para la auditoría de acuerdo a los lineamientos técnicos, según las políticas indígenas propias y gestión diferencial que permitirán medir el nivel de impacto que tiene el programa de prevención de cáncer de seno en las mujeres indígenas.

Justificación

Este proyecto permitirá evidenciar la efectividad del actual programa de prevención contra el cáncer de mama y su impacto en las mujeres indígenas, permitiendo visibilizar sus puntos fuertes e identificar los cuellos de botella que no generan relevancia para la población afectada desde su perspectiva propia; así mismo, permitirá que la institución responsable obtenga un análisis de estos programas y determine las acciones pertinentes mejorar su eficiencia en cuanto a las políticas y normatividad actual, en el marco de la cosmovisión y políticas propias de los gobiernos indígenas.

En Colombia se implementa la conmemoración del Día Mundial contra el Cáncer, con la estrategia “Yo soy y voy a” con la principal finalidad de reducir el impacto del cáncer. (Fondo colombiano de enfermedades de Alto Costo, 2020).

Según la cuenta de alto costo, se diagnosticaron en Colombia 275.348 personas con cáncer en el último periodo analizado (2 enero de 2017 al 1 enero de 2018), de los cuales el cáncer de mama puntea como de los más frecuentes. (Fondo colombiano de enfermedades de Alto Costo, 2020). Por otro lado, el riesgo de morir por cáncer de mama es más elevado en poblaciones marginadas, como las comunidades indígenas (Palacio *et al.*, 2009).

El programa propuesto tiene como uno de sus pilares fundamentales, la auditoría de la calidad en salud de los usuarios, lo cual no sólo incluye a la curación y/o rehabilitación, sino también al desarrollo de modelos de auditoría enfocados en la prevención de las enfermedades y la formulación de estrategias que eviten que los usuarios enfermen y efectivamente gocen de salud de calidad, lo que no solo resultará positivo para el cliente, sino también para la cartera de las EAPB disminuyendo costos por prestación de servicios de salud.

Marco teórico

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE, la población indígena en el país alcanza los 1.905.617 individuos, es decir que más del 4% de la población en Colombia es indígena. (DANE, 2019).

Desafortunadamente, la población indígena se ha caracterizado a nivel nacional e internacional por ser una de las comunidades más marginadas de la sociedad, con mayores niveles de pobreza, menor oportunidad de educación, menor expectativa de vida y también por tener las peores condiciones de salud.

Los factores que empeoran su situación son las tasas de desempleo significativamente elevadas, servicios sociales de difícil acceso, violación de derechos humanos, desplazamiento forzado, debido a conflictos armados y la degradación del ambiente.

Siendo que cada pueblo indígena tiene su forma de mirar el mundo que lo rodea y formas propias de representar y entender los procesos salud-enfermedad, su concepto de bienestar es verdaderamente integral y se relaciona con el manejo del mundo y del medio ambiente. En la cosmovisión de los pueblos indígenas, la salud ha sido definida como "el estado de equilibrio armónico de las relaciones de la persona consigo misma, con su familia, la comunidad, el territorio y se expresa en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones con otros pueblos, culturas y con el estado" (Salazar, Benavides y Valencia, 2018). Por otra parte, las enfermedades son consecuencia del desequilibrio en la naturaleza o en el comportamiento personal generado por un mal relacionamiento con el entorno que lo lleva a la desarmonía.

Se considera que hay por lo menos 5000 grupos indígenas, compuestos de unos 370 millones de personas que viven en más de 70 países de los cinco continentes (Salazar, Benavides y Valencia, 2018); en las Américas habitan de 45 a 50 millones de indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos, representando casi 10% de la población total y 40% de la rural de América Latina y el Caribe (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Aunque estos pueblos representan una importante pluralidad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, se encuentran entre los grupos de población más marginados y su estado de salud es notoriamente diferente del de las poblaciones no indígenas (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Este patrón se observa en países desarrollados y no desarrollados, aun cuando los pueblos indígenas son la mayoría de población nacional- y ha sido históricamente construido por factores políticos, económicos, sociales, militares y ambientales, que originan privación material, jurídica y simbólica, y de reproducción de relaciones de desventaja. (Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas- IWGIA, 2006).

Se cuentan entre sus causas de muerte más comunes, la malaria, oncocercosis, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis, enfermedades diarreicas, desnutrición, alcoholismo, drogadicción, enfermedades crónicas y degenerativas, VIH /sida y suicidio; y aunque los saberes, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios son de gran cuantía para el mantenimiento general de la vida, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren parcialmente sus necesidades de salud. (Salazar, Benavides y Valencia, 2018).

Colombia tiene una profusa normatividad que reconoce a los pueblos indígenas. El más relevante es el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, ratificado mediante la

Ley 21 de 1991; dicho Convenio tiene dos postulados básicos: el derecho de los pueblos indígenas a mantener y fortalecer sus culturas, formas de vida e instituciones propias, y su derecho a participar de manera efectiva en las decisiones que les afectan (Salazar Benavides y Valencia, 2018).

Este Convenio tiene sus referentes en diferentes convenciones de las Naciones Unidas y obedece a la paulatina consideración de situaciones específicas de grupos humanos que, a pesar de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no gozan de los derechos y libertades fundamentales de la misma manera que otros (Organización Internacional del Trabajo, 2009). Así mismo, se ha propiciado un proceso de reafirmación cultural y conciencia de la identidad de los pueblos indígenas, mediante el reconocimiento del país como pluriétnico y multilingüe en la Constitución Política de 1991, con cerca de 30 artículos referidos a los grupos étnicos y a sus diversas y particulares culturas.

Para 2005, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia, la mayoría de la población indígena se ubica en el área rural en regiones como la selva, las sabanas de la Orinoquia, los Andes colombianos, los valles interandinos y la planicie del Caribe; siendo los departamentos con mayor porcentaje de indígenas Guainía, Vaupés, Amazonas, Vichada, La Guajira, Cauca y Nariño -estos tres últimos concentran aproximadamente la mitad de los indígenas del país (DANE, 2007). Sin embargo, en las cabeceras municipales y en las grandes ciudades del país reside una minoría de indígenas, resultado del agotamiento de las tierras en los resguardos y desplazamiento forzado (ONIC, 2010).

Según el censo oficial del país, en el año 2005 residían 1.392.623 indígenas, que representaban el 3,43% del total de la población nacional (Woods, Racht & Coleman, 2006)

organizados en 87 pueblos y 700 resguardos indígenas, aunque la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) ha manifestado en diferentes oportunidades que esta cifra asciende hasta los 102 (Congreso Nacional de Colombia, 2001), entre los cuales no se han identificado los niveles de incidencia, prevalencia y mortalidad en cáncer en general o dicha información no se encuentra disponible más allá de cifras aisladas sobre tipologías, pueblos y regiones particulares (Moore *et al.*, 2014).

No obstante, se ha podido establecer que el cáncer es la segunda causa de mortalidad en personas indígenas entre 45 y 59 años de edad y en los niños es una causa importante de muerte, especialmente la leucemia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012); datos que no son comparables con los de la población infantil en general, obedeciendo a factores tales como el sub registro de información, la forma de comprender el cáncer y las barreras existentes para la prestación del servicio de salud, desde el diagnóstico hasta el tratamiento integral, de manera oportuna. También se ha encontrado que las condiciones socioeconómicas influyen en la supervivencia al cáncer (Woods, Rachet & Coleman, 2006), hecho que afecta frontalmente a las comunidades indígenas.

En la cosmovisión de los pueblos indígenas, la salud ha sido definida como: "el estado de equilibrio armónico de las relaciones de la persona consigo misma, con su familia, la comunidad, el territorio y se expresa en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones con otros pueblos, culturas y con el estado". Por otra parte, las enfermedades son consecuencia del desequilibrio en la naturaleza o en el comportamiento personal generado por un mal relacionamiento con el entorno que lo lleva a la desarmonía (Corporación Memoria y Saber Popular, 2012).

En términos de salud, debe señalarse que para el país solo hasta la Ley 691 de 2001 hubo claridad acerca de la vinculación de los pueblos indígenas al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esta se incorpora la población al régimen subsidiado y se otorga la posibilidad de que las organizaciones indígenas debidamente soportadas, conformen entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud propias (Congreso Nacional de Colombia, 2001). Se destaca la necesidad de introducir la interculturalidad como un eje central de las acciones de salud, tanto del Plan Obligatorio de Salud como del Programa de Intervenciones Colectivas, siendo materializado en el Plan Decenal de Salud Pública en los componentes especiales de aceptabilidad e interculturalidad de la Ley Estatutaria en Salud y más recientemente, con la reglamentación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural - SISPI - en el Decreto 1953 de 2014.

Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI)

De acuerdo con Sandra Land, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes" (OPS, 2008). Esto ha hecho que la medicina tradicional mantenga su vigencia en los pueblos indígenas, recurriendo al empleo de plantas medicinales y otros recursos terapéuticos como los rituales, las ceremonias y a las prácticas tradicionales de salud como sabedores ancestrales, médicos tradicionales, parteros o sobanderos.

Esta forma de lograr la salud exige de una política centrada en la comunicación, un estilo de relación que valoriza el saber local, en el que individuos como el jefe de la comunidad, médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, hueseros, consejo de ancianos, líderes y promotores, todos con sus saberes y experiencias, constituyen una red de autoridades legitimadas

por su comunidad para el cuidado de sus destinos, incluyendo el cuidado de la vida, salud y el desarrollo de los individuos y sus entornos (Hall & Patrinos, 2006).

Desde este contexto, en Colombia muchas de las actuales organizaciones indígenas se encuentran en el proceso de construir su SISPI, el cual incluye la materialización de la atención intercultural en salud, la incorporación del concepto salud-enfermedad como una construcción de cada sistema cultural y la comprensión de la existencia de enfermedades que son propias de las culturas indígenas y que requieren un abordaje diagnóstico y terapéutico desde su lógica propia, para lograr restablecer la salud. En resumen, el SISPI es el conjunto de políticas, normas, principios, recursos, instituciones y procedimientos, que tiene como base la sabiduría ancestral, la madre tierra y la cosmovisión de cada pueblo, en complementariedad del SGSSS y que se crea haciendo un énfasis especial en la diferenciación de la salud en las personas de la población civil en general y la salud de los pueblos indígenas, como resultado de las disímiles características étnicas, culturales, cognoscitivas, que hacen indispensable que se garantice su medicina propia (Dinero, 2013).

Cáncer y población indígena

Las comunidades indígenas albergan lo que se conoce como acumulación epidemiológica, en la cual persisten y se reagudizan problemas de salud relacionados con necesidades básicas insatisfechas (enfermedades transmisibles y carenciales, incluyendo ITS/VIH/Sida y tuberculosis), a la vez se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas (cardiovasculares y cánceres) y de los problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo (violencia: suicidios, homicidios y accidentes;

alcoholismo y fármaco dependencias; contaminación, deterioro y destrucción del ambiente, entre otros).

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), sostiene que las poblaciones indígenas tienen mayores tasas de incidencia de tumores que se consideran prevenibles, como los asociados al tabaco (pulmonares) o los de cabeza y cuello, o a la presencia de infecciones como el de estómago, hígado o cáncer de cérvix; esto basado en una comparación realizada con las tasas de incidencia de cáncer obtenidas de los registros poblacionales entre el 2002 y 2006, de tres estados de Australia (Queensland, Australia Occidental y el Territorio del Norte), Nueva Zelanda y las áreas de prestación de servicios de salud contratados en Estados Unidos. En ambas poblaciones, tanto indígenas como no indígenas, los tumores más comunes entre los hombres eran los de pulmón, próstata y colorrectal, y entre las mujeres los de mama, pulmón y colorrectal (Chong & Roder, 2010).

Para el caso de Colombia no hay registros disponibles, pero se estima que, en La Guajira, donde el 45% de la población es indígena, se encuentran menores tasas de cáncer que para el resto del país (62/100.000 frente a 167/100.000, respectivamente). Así mismo, el riesgo de morir de cáncer de cuello uterino es más alto en la región amazónica y las tasas de mortalidad de cáncer de estómago fueron más altas en el Cauca, ambas regiones con un nivel muy alto de población indígena (DANE, 2007). De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de los datos del Sistema de Vigilancia de Salud Pública (SIVIGILA), entre los años 2009 y 2014, se presentaron solo 71 casos de cáncer en población indígena, de los cuales 53 correspondieron a leucemia aguda y los restantes a cáncer infantil (OPS, 2003).

Aunque se sabe que la carga global del cáncer tiende a ser menor en las personas indígenas que en el resto de la población, se prevé un aumento global de la incidencia de esta

patología en las próximas décadas; a pesar de que los programas de lucha contra el cáncer cuentan ya con numerosos elementos, es necesario conocer mejor la magnitud y el perfil del cáncer entre la población indígena, para poner en marcha políticas de control dirigidas a reducir la carga de esta enfermedad a nivel mundial. Además, es posible que la cobertura de la población sea desigual y que determinados grupos, como los habitantes de zonas rurales, la población indígena y los emigrantes recién llegados, encuentren dificultades de acceso a los servicios (OMS, 2002).

Cáncer de seno en mujeres indígenas: prevención, tratamiento, creencias

La prevención del cáncer de mama se basa en el control de factores de riesgo específicos modificables, así como una prevención integrada eficaz de las enfermedades no transmisibles que promueva los alimentos saludables, la actividad física y el control del consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, que podrían llegar a tener un efecto de reducción de la incidencia de cáncer de mama a largo plazo (OMS, 2002), la prevención tiene dos pilares importantes que son: la prevención primaria y la secundaria.

Mientras que el objetivo de la prevención primaria del cáncer de mama es evitar que las mujeres desarrollen la enfermedad, el de la secundaria es evitar la recurrencia. La prevención primaria ofrece el mayor potencial de salud pública y el programa de control del cáncer a largo plazo más eficaz en función de los costos.

La prevención del cáncer de mama debe integrarse a los programas integrales de control del cáncer de mama y complementar las campañas de concientización y detección temprana. Los expertos indican que, si se alcanzara el beneficio máximo con los programas de prevención, podrían evitarse hasta el 50% de los casos de cáncer de mama (OPS, s.f.).

La prevención del cáncer de mama tiene tres componentes: 1) modificaciones del comportamiento o modo de vida (por ejemplo, régimen alimentario, ejercicio, consumo de alcohol); 2) intervención farmacológica (por ejemplo, con tamoxifeno); e 3) cirugía profiláctica (por ejemplo, mastectomía). Aunque algunos factores de riesgo de cáncer de mama no pueden modificarse (por ejemplo, el envejecimiento, la edad de la menarquia o la menopausia y los antecedentes familiares) y otros, como no haber amamantado, no necesariamente son modificables en todos los casos; es posible asumir responsabilidad tanto a nivel individual como político para controlar algunos de ellos, como la obesidad, el consumo nocivo de alcohol y la inactividad física. Como es sabido, el control de estos factores también mejora la salud general, además de reducir el riesgo de cáncer de mama (OPS, s.f.).

La tamización en cáncer de mama tiene como objetivo principal disminuir la mortalidad por esta enfermedad y a su vez identificar la en estados clínicos tempranos para mejorar el pronóstico de los pacientes. De manera paradójica, la tamización expone a la población a daños y riesgos adicionales como sobrediagnóstico y sobretratamiento, como consecuencia de un examen falso positivo. Los países de altos ingresos han puesto en marcha programas organizados de detección temprana, que han logrado disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en aproximadamente 2.2% anual (ASCO, 2018).

En cuanto a la rehabilitación del cáncer de mama, se realiza teniendo en cuenta la aproximación teórica de la Clasificación Internacional de Funcionamiento Discapacidad y Salud (CIF). De acuerdo al momento en el que se hace la aproximación terapéutica en Rehabilitación, los objetivos de la misma tendrán una categoría en particular, según las características clínicas y funcionales del individuo.

Según Dietz existen las siguientes categorías:

- Preventivo: cuando el tratamiento se hace previo al desarrollo de una potencial discapacidad que puede ser esperada, para aminorar su severidad o acortar su duración
- Restaurador: cuando el paciente puede retornar a su condición premórbida sin una discapacidad esencial o enfermedad residual conocida y cuando se considera puede retornar a su ocupación
- Soporte: cuando una vez iniciada la enfermedad, esta se puede controlar, el paciente puede permanecer activo y en algún grado, productivo, pero sin conocimiento de enfermedad residual y posible progresión, acompañado de discapacidad;
- Paliativo: cuando aumenta la discapacidad dada la progresión implacable de la enfermedad, pero donde se plantea un programa para prevenir o reducir algunas de las complicaciones que de otra manera se presentarían, dentro de las que se describen zonas de presión, dolor, contracturas, problemas en la higiene personal, debilidad, deterioro emocional secundario a la inactividad y depresión.

Existen alteraciones estructurales y funcionales en el paciente con cáncer de mama que necesitan del apoyo diagnóstico y terapéutico en rehabilitación, consecuencia de los tratamientos y de la evolución de la enfermedad. Dentro de los posibles tratamientos existentes para el cáncer de mama, se encuentran (Colciencias y Ministerio de Salud, 2013):

- Quirúrgico (cuadrantectomía, mastectomía radical modificada y simple, vaciamiento ganglionar axilar, resección de ganglio centinela, cirugía reconstructiva, entre otros)
 - Radioterapia
 - Quimioterapia.

Con respecto a los dogmas de esta población, creencia se entiende como un estado de la mente, en el cual un individuo supone verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene

acerca de un suceso o cosa (Conciencias y Ministerio de Salud, 2013). Frank P. Ramsey propone una metáfora para indicar cómo se puede entender lo que son las creencias, en su relación con lo real: “. Son como un mapa grabado en el sistema (en el ADN, o en determinados aprendizajes) que guían u orientan en el mundo para encontrar la satisfacción de las necesidades de las personas. Estos mapas no dicen ‘lo que son las cosas’, sino que muestran formas de conducta adecuadas a la satisfacción de las propias necesidades en el campo del mundo percibido en la experiencia” (Ramsey, 2012). Entre las creencias se encuentran:

- El estrés puede producir cáncer de mama. Las relaciones aparentes entre el estrés psicológico y el cáncer podrían manifestarse de diversas maneras. Por ejemplo, la gente con estrés puede adoptar ciertos hábitos, como fumar, comer en exceso o beber alcohol, lo cual aumenta el riesgo de la persona de padecer cáncer (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2018).

- Se cura con aceite de higuera. El aceite de oliva virgen es un alimento altamente anticancerígeno que se utiliza para cocinar en diferentes culturas y también se utilizan la mantequilla, el aceite de girasol o la margarina. Mucha gente piensa que el aceite de oliva produce cáncer y lo cierto es que cuando se fríen alimentos con él, se liberan sustancias cancerígenas pero el aceite de oliva virgen en crudo es justamente lo contrario, anticancerígeno (Zamora *et al.*, 2004).

- Se cura con guanábana. La guanábana es considerada la fruta milagrosa en el tratamiento y cura del cáncer. Científicamente y gracias a sus propiedades, se ha probado su efectividad en el tratamiento del cáncer de pulmón, mama, próstata y colon, pues evita la oxidación celular, hidrata, oxigena y disminuye la predisposición a 56 factores de riesgo cancerígenos (apoptosis celular: destrucción o muerte de las células). Aunque su efectividad en

tratamientos contra el cáncer ya se ha probado, «aún no hay un estudio verídico y avalado por sociedades de medicina que digan que esta es la cura definitiva del cáncer». Sin embargo, y gracias a sus nutrientes y alto contenido de agua, el consumo continuo y abundante de guanábana «evita que factores cancerígenos, como el envejecimiento celular, se desarrollen en el cuerpo» (Cromos, 2016).

- Se puede mejorar con sábila. Se presume que existe una receta que combina Aloe Vera, miel de abejas y una bebida con algo de alcohol para elaborar un remedio natural contra el cáncer, más potente que una quimioterapia y sobre todo sin sus efectos devastadores en el organismo. El Aloe Vera, también conocido como Sábila, se puede utilizar para tratar los tumores cancerígenos gracias a sus grandes propiedades (Zamora *et al.*, 2004).

- Se puede tratar tomando sangre de chulo. El 73% de los pacientes que llegan al Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Bogotá, usan terapias alternativas y complementarias contra el cáncer, especialmente remedios de plantas como la caléndula, el noni, fruto exótico del sudeste asiático, la sábila con miel, los embriones de pato y la sangre de chulo. Los médicos no formulan estos remedios, sino los amigos o familiares que conocen a alguien que también ha padecido esa enfermedad. En el caso de la sangre de chulo, los pacientes lo toman porque consideran que un animal que come tanta basura debe tener un sistema inmunológico a prueba de todo y piensan que beber su sangre caliente, puede transferir anticuerpos para combatir los tumores, pero ese raciocinio carece de asidero científico. (Zárate, 2018).

- Se puede tratar tomando caldo de pichón. El caldo de pichones no cura el cáncer. Lo que se ha comprobado es que eleva el nivel de hemoglobina de las personas y hace que sus defensas puedan soportar mejor la enfermedad para someterse a los tratamientos médicos que sí podrían curarlos del cáncer. Muchas veces las personas que padecen males oncológicos, sufren

una baja en sus defensas al iniciar el tratamiento, entonces se sienten mal y tienden o abandonan todo, el hecho de recurrir al caldo de pichones logra mejorar un poco su calidad de vida (Zárate, 2018).

- Puede tratarse con hierbas. Desde hace treinta y cuatro años se realiza investigación fitoquímica (estudio de productos naturales) en el laboratorio de Ciencias Básicas de la Universidad Veracruzana. El catedrático e investigador Miguel Ángel Domínguez Ortiz se ha dado a la tarea de comprobar las propiedades curativas de plantas utilizadas por chamanes, entre ellas, el maguey morado y aunque la cura contra el cáncer puede hallarse en las plantas utilizadas en la medicina tradicional desde la época Precolombina, menciona como ejemplo que el extracto de maguey morado que se ha aplicado en células vivas de cáncer logrando matar las malignas, sin afectar a las células sanas. (Botanical, 2017).

Modelos de prevención de cáncer de seno en mujeres indígenas

Para prevenir el cáncer de seno se han implementado diferentes modelos, pero se sigue considerando al autoexamen como la principal estrategia a nivel mundial; pese a esto, se han encontrado estudios que demuestran el bajo nivel de conocimiento y práctica sobre el autoexamen de seno, como lo indicó un estudio en el 2012 realizado por Yopez-Ramírez y colaboradores, que identificó el grado de conocimiento de la técnica del autoexamen de seno de las pacientes en edad reproductiva del polínico Bernardo Posse, analizando las variables sociodemográficas, conocimiento del autoexamen, vías adquisición de este conocimiento y su calidad. Se estudiaron 80 mujeres mayores de 15 años de un grupo básico de trabajo de tres consultorios médicos del policlínico; se concluyó que el 55 % de las mujeres encuestadas referían tener conocimiento de la técnica del autoexamen con predominio de las mayores de 40 años, resultando los medios de difusión masiva la vía de mayor información para el autoexamen,

aunque con mejor calidad realizaban la técnica las usuarias que recibían los conocimientos a través del equipo básico de salud.

Más temprano en el año 2011, en Malasia fue realizado un estudio por Mehrnoosh Akhtari-Zavare y colaboradores, cuyo objetivo fue determinar las creencias de salud y variables que influyen en la práctica el autoexamen de seno en estudiantes universitarias de instituciones públicas de ese país. Ellas percibieron el autoexamen de seno como una técnica importante, pero que no es realizada por ellas y consideran que se deben implementar nuevas estrategias para lograr que la población femenina realice la técnica adecuadamente.

El cáncer de seno es la segunda neoplasia más común en casos diagnosticados y la segunda causa de muerte en mujeres en Colombia (15% aproximadamente), configurándose como un problema social y de salud pública, impacto social, económico y personal. El 32% de las diagnosticadas son menores de 50 años, afirma la Asociación Colombiana de Mastología.

Para la promoción y prevención de la enfermedad, se han adoptado programas para disminuir el número de casos avanzados, como lo es la detección temprana, abarcando la detección temprana sin tamizaje, que son los exámenes de rutina que incluye el autoexamen de seno, y el tamizaje donde se usan pruebas en mujeres asintomáticas con mayor probabilidad de presentar o las que presentan alguna sintomatología.

En el estudio realizado en el año 2015 por Javier Martínez Torres y colaboradores, el 71,8% de las mujeres Bogotanas entre 18 y 29 años, el 76,8% entre los 30 y 39 años, el 65,9% entre los 40 y 50 años, no se realizan el autoexamen de seno en el último mes. Y los factores que se asociaron a las autobarreras sobre su realización, fueron la edad, antecedentes familiares y la asesoría profesional que recibieron.

Aun cuando existe un programa, muchas mujeres desconocen la realización adecuada del autoexamen de seno; en el estudio de factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de seno en mujeres de Tunja (Colombia), realizado por Gustavo Manrique y colaboradores en el año 2011, el porcentaje de realización fue de un 27,2% y de ese solo un 6,2% conocían la forma adecuada de hacerlo.

Igualmente, un estudio realizado en Tunja por Juan Manuel Ospina y otros, en el mismo año, muestra los factores que se encontraron significativamente asociados con la no realización del autoexamen que fueron: no haber recibido información (OR=14,08); no asistir a programas de prevención del cáncer de mamá (OR=9,21); bajo nivel de conocimientos sobre cáncer de mama (OR=8,96); no considerar importante el autoexamen de seno (OR=8,71); no contar con apoyo familiar (OR=3,18); no reconoce la lactancia como factor protector en cáncer de mama (OR=2,46); no realizar actividad física (OR=2,38); no haber terminado la secundaria (OR=1,94); no uso de anticoncepción (OR=2,27); no ha consultado sobre AEM (OR=1,97); régimen subsidiado o vinculado (OR=1,77); uso de métodos de planificación menor de 3 años (OR=1,94); no tener antecedente de aborto (OR=1,92); no trabajar (OR=1,47).

Modelos de auditoría y su pertinencia para el programa de cáncer de seno

Para las empresas tanto de índole público como privado, el desarrollar sistemas de gestión de calidad que den cuenta de su estructura, entendiendo esta como “el conjunto de características inherentes (proceso, producto o sistema) que una entidad cumple con relación a los requisitos o necesidades establecidas e implícitas” (Benzauen y Convers, 2015), se convierten en herramientas eficaces para evaluar el uso y el grado de efectividad de los sistemas de calidad, sin distinción alguna del tipo de norma utilizada (Espinel, 2019).

De esta manera el Ministerio de Protección social nos da un amplio concepto referente a lo que es auditoría, refiriéndose como el mecanismo sistemático permanente de monitoreo, evaluación y mejoramiento de la calidad vivenciada, respecto de la visión de calidad esperada en la atención de los servicios de salud. En la actualidad existe una gran problemática referente a los procesos de calidad en los servicios de los sistemas de salud, llevando a la necesidad de disponer de talento humano idóneo que, a través de la experiencia, conocimiento y basados en hechos y datos objetivos, puedan aportar en la buena utilización de los recursos e impacten con calidad en las estrategias o planes de acción desarrolladas por los prestadores de salud o entes territoriales. En el proceso de evaluación, debe tenerse en cuenta la planeación, criterios predeterminados, un propósito y cohesión, un enfoque sistemático y orden cronológico determinado. Para contextualizar, la auditoría es una función de toda organización que debe ser coherente con la búsqueda de los mejores beneficios y disminución de riesgos para el usuario.

Tipos de auditoria en salud

Auditoría tradicional: Tiene su énfasis en los aspectos relacionados con los aspectos financieros, como control de costos y a examinar procesos mecánicos donde se detecta deficiencias o errores. Su único y primordial propósito es la realización de un informe detallado de fallas e inconsistencias.

Auditoría Integral: Se define bajo los criterios de la eficacia, eficiencia y la economía con que se maneja la disponibilidad de recursos de una organización para el logro de unos objetivos en común y de esta manera evaluar su uso y el impacto que generan las actividades sanitarias desarrolladas. El propósito está enfocado en identificar fallas dentro de la organización y generar aportes que generen un valor agregado a la institución, permitiendo analizar la efectividad en los servicios ofertados.

Auditoría Interna: Es un elemento de seguimiento y control a nivel institucional que permite evaluar y mejorar a nivel institucional los procesos de salud.

Auditoría Externa: Es un elemento de seguimiento, control y evaluación que permite verificar el cumplimiento, desarrollo de los procesos internos y el grado de efectividad de acuerdo a los objetivos de la institución (Escobar, 2017).

Por su parte, la auditoría de los resultados es un procedimiento de gran importancia en el marco de un programa de garantía y control de la calidad de un centro de diagnóstico mamario (Febles, Estellano y Simón, 2009). De los resultados de la auditoría surgen parámetros que permiten evaluar el desempeño de los prestadores y además compararlo con el rendimiento de otros, inicialmente a nivel departamental y escalar a nivel nacional (Febles, Estellano y Simón, 2009).

De este modo, la auditoría permite determinar cuán cerca se está de las metas a las cuales quiere alcanzar el prestador. Dichas metas son las siguientes: el diagnóstico de un alto porcentaje de los cánceres presentes en la población estudiada; que un alto porcentaje de los cánceres diagnosticados sean pequeños y estén confinados a la mama; y, que el diagnóstico se realice con tasas aceptables de biopsias (Febles, Estellano y Simón, 2009).

Por su parte, Febles *et al.* (2009), en su trabajo tiene como objetivo realizar una evaluación del desempeño de la imagenología diagnóstica en el Centro de Diagnóstico Mamario (CENDIMA) de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (Montevideo, Uruguay) durante el año 2007 y comparar los resultados con parámetros de referencia a nivel internacional (Febles, Estellano y Simón, 2009), haciendo uso de una metodología de la “Mamografía Diagnóstica”; los resultados son beneficiosos en las pacientes, ya que todo el proceso de control

preventivo y diagnóstico se realiza en la misma instancia. Se gana tiempo y se evita la recitación de pacientes, ya que todos los estudios se completan en la misma instancia; los casos con patología se derivan para el tratamiento correspondiente, generalmente realizado por el equipo médico del mismo centro. Se debe tener en cuenta que la mayoría de las mujeres que concurren al centro a realizarse una mamografía son asintomáticas y la indicación del estudio es el control preventivo. Este hecho va a influir en la categorización de los estudios y en la tasa de detección de cáncer.

Marco institucional

La EPS indígena relacionada, es una entidad Pública de carácter especial, que tiene como objeto fortalecer la capacidad organizativa de los procesos en salud de los pueblos indígenas y demás población afiliada, a través de la administración de los recursos y el aseguramiento de los servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, respetando la diversidad étnico cultural de cada pueblo y comunidad.

Fue creada por decisión de los cabildos en la Junta Directiva Regional en diciembre de 1997, con el fin de garantizar el desarrollo de los planes de vida de los pueblos indígenas, entendidos estos como aquellos procesos de construcción colectiva de los pueblos indígenas, en el respeto de la diversidad cultural de cada uno y los principios que lo orientan. El plan de vida se concibe a partir de principios filosóficos y políticos generales, retomados por todas las comunidades organizadas en el consejo regional indígena del Cauca (CRIC).

Es por ello que desde las organizaciones indígenas se lucha por la pervivencia de sus pueblos, enmarcadas en una plataforma de siete puntos: recuperación de las tierras, ampliar resguardos, fortalecer los cabildos, no pago de terraje, conocer las leyes propias y exigir su justa aplicación, defender la historia, la lengua y la cultura, formar profesores para que enseñen la

lengua propia, fortalecer las empresas comunitarias, recuperar, defender y proteger los espacios sagrados, defensa de la familia. Estos puntos son la base de sus políticas para el desarrollo y pervivencia de los pueblos.

Esta institución tiene como visión posicionarse a nivel nacional como la mayor institución de salud indígena, que ofrece excelentes servicios para el fortalecimiento de los procesos culturales, políticos organizativos, en pro de la consolidación del Sistema indígena de salud, que responde a la realidad contextual de la comunidad.

Es por ello que la institución propende por la salud de sus pueblos, entendiéndola como el estado de equilibrio armónico de las relaciones de la persona consigo misma, con su familia, la comunidad y el territorio. Se expresa en la relación con el territorio y su cuidado, con el ambiente y las relaciones sociales, la autoridad, el respeto, la colectividad, la producción y alimentación, las relaciones con otros pueblos, culturas y con el Estado. Este enfoque de salud aplicado para población indígena, toma como base los lineamientos del Sistema indígena de Salud Propio e intercultural (SISPI), el cual está fundamentado bajo la resolución 1953 de 2014, fruto de consensos entre el Estado y los gobiernos propios, siendo esta la política pública de salud de los pueblos y territorios indígenas del Cauca.

En consecuencia, los pueblos indígenas del Cauca inician el proceso de transición, hacia el sistema propio SISPI, a partir de las acciones de cada uno de los componentes del mismo a saber: sabiduría ancestral, político organizativo, formación capacitación e investigación en salud, cuidado de la salud propia e intercultural y administración y gestión.

Es por ello que, de acuerdo al marco normativo, se entiende la salud de los pueblos indígenas con la articulación de estos componentes, en un modelo de salud integral y que

responde a las necesidades y cosmovisión de los pueblos indígenas del Cauca, partiendo de la sabiduría ancestral como puerta de entrada a los procesos de salud.

En la actualidad la asociación indígena del Cauca cuenta con la afiliación de siete pueblos indígenas, en los cuales se desarrolla esta normatividad propia en salud.

Metodología

Es un estudio exploratorio que permitirá determinar un modelo de auditoría eficaz para ser aplicado al programa de detección temprana de cáncer de seno en usuarias de la EPS indígena, activas en el segundo periodo del 2019.

Debido a la poca descripción acerca del tema de auditoría en salud que responda de manera intercultural a la evaluación de los servicios y programas, se pretende definir un modelo acorde a las características técnicas y propias de la población en cuestión para el programa evaluado. Este proceso de evaluación sistemática, busca identificar deficiencias y producir mejoras de acuerdo a lo encontrado, permitiendo así un desarrollo continuo del mejoramiento.

Es necesario de definir las pautas de esta auditoría, la cual será de tipo observacional externa, en el marco del cumplimiento de la normatividad de referencia; para este caso particular, se tendrá en cuenta la resolución 3280 de 2018, la norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno y el decreto 1953 de 2014.

Esta auditoría se realizará mediante la ejecución del ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar); para el primer paso de planeación se define el plan global de auditoría que contiene el diseño o creación de una lista de chequeo, pues esta herramienta permite, a partir de un listado de preguntas, verificar el cumplimiento de lo requerido y los aspectos fundamentales, pudiendo así determinar un grado de cumplimiento de la normatividad de referencia establecida para el programa evaluado, evitando errores predecibles y lograr el objetivo de cumplimiento de la norma de manera eficaz.

Según Mendiola (2014), las listas de chequeo o verificación son herramientas de calidad que permiten el control de los procesos en tiempo real, donde se puede registrar, analizar y presentar resultados de manera sencilla. Para la construcción de esta herramienta se plantea:

1. Realizar una lista de actividades según la normatividad de referencia que se quiere verificar
2. Determinar los atributos de cada actividad para su cumplimiento.
3. Determinar el impacto de las actividades, proporcionando a cada una de ellas un porcentaje de cumplimiento que permitirá arrojar un mapeo de la misma.
4. Definir la frecuencia de verificación y método de obtención de la información requerida según las actividades contenidas en la lista

Posteriormente se procederá el paso de HACER de la auditoría, del ciclo PHVA; se realizará el diseño del formato de verificación final que contiene los ítems establecidos por la normatividad de referencia y de igual manera el manual que contiene la aplicación de la misma, el cual incluirá análisis, definiciones y frecuencia de aplicación.

Para la realización de las lista de chequeo, se tiene en cuenta la normatividad relacionada con la detección temprana del cáncer de mama con enfoque diferencial, se determinará mediante ítems a cumplir, para lo cual se dará una puntuación de 1 en la casilla de cumple, cuando el estándar establecido cumple a cabalidad con lo expuesto, o si no existe cumplimiento o cumplimiento parcial del estándar se pondrá un 0 en la casilla de no cumple, las listas de chequeo realizarán la ponderación de estos criterios y arrojarán un porcentaje final de cumplimiento, para lo cual se determinó una semaforización de la lista.

Tabla 1*Lista de chequeo Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno*

Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno				
Características especiales				
Ítems		Cumple	No cumple	Observación
POBLACIÓN OBJETO	Todas las mujeres indígenas mayores de 20 años, se les brinda educación en autoexamen de mama.			
	Toda mujer indígena por encima de los 50 años de edad cuenta con mamografía de 4 proyecciones cada dos años.			
	Toda mujer indígena con mamografía sospechosa, cuenta con diagnóstico definitivo mediante biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF)*			
	Toda mujer indígena tiene acceso al tratamiento correspondiente.			
	La entidad cuenta con un procedimiento para la detección temprana del cáncer de seno.			
	La entidad cuenta con un procedimiento de			

Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno				
Características especiales				
	Ítems	Cumple	No cumple	Observación
	autocuidado para la detección temprana del cáncer de seno.			
TALENTO HUMANO	La mamografía es realizada por un técnico de radiología con entrenamiento certificado en mamografía.			
	La interpretación la realiza un radiólogo titulado y certificado, con entrenamiento en mamografía no menor de tres meses.			
	Si no cuenta con radiólogo debe contar con mastólogo titulado y certificado con un entrenamiento en mamografía no menor de seis meses.			
	Los tratamientos son realizados por un grupo calificado para el manejo de enfermedades de la mama.			
EQUIPOS	Cuenta con mamógrafo cuyo año de construcción no sea inferior a 1985.			
	El mamógrafo debe contar con foco grueso y foco fino (0.1 y 0.03 respectivamente).			

Norma técnica para la detección temprana de cáncer de seno				
Características especiales				
Ítems		Cumple	No cumple	Observación
	El mamógrafo debe tener rejilla, fotocelda y utilizar películas y chasis de revelado rápido.			
	Para el revelado de las películas es necesario un procesador automático.			
Total		-	-	
Porcentaje de cumplimiento				
>90%		EXCELENTE		
<90% >70%		ACEPTABLE		
<70%		BAJO		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Tabla 2

Lista de chequeo Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama

Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
Se evidencia la existencia de promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de mama de acuerdo a la cosmovisión de cada pueblo indígena.			
Se evidencia la promoción del autoexamen de mama y la identificación de señales de alarma o factores de			

Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
riesgo para cáncer de mama y el uso de los servicios de tamización para cáncer de mama.			
Existen mecanismos documentados para la canalización a los servicios de salud.			
Existe evidencia de la realización de demanda inducida.			
Existe evidencia de demanda espontánea.			
Se evidencia identificación de la población con factores de riesgo, que ameriten un esquema de tamización especial.			
Se realiza clasificación del riesgo de cáncer de mama y definición de conducta.			
Se evidencian mecanismos para la consejería genética.			
Se evidencia la realización de tamización poblacional organizada de cáncer de mama.			
Se evidencia la realización de diagnóstico de cáncer de mama en población sintomática de acuerdo a los ciclos de vida de los pueblos indígenas (mujer generadora de vida).			
Se realiza interpretación del examen clínico de mama.			
Se evidencia interpretación del resultado del examen de ecografía o mamografía.			
Cuenta con consulta con el especialista de la unidad funcional para cáncer de mama.			
Se evidencia realización de la biopsia de la lesión sospechosa.			

Ruta integral de atención en salud para cáncer de mama			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
Se evidencia realización de seguimiento por medicina tradicional según los deseos de la mujer.			
Se evidencia mecanismos para la generación de lectura e informe de patología.			
Se realiza la definición de conducta ante los resultados del informe de patología.			
Se evidencia la notificación Obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública.			
Se observan mecanismos de autorización integral.			
Se evidencia mecanismos de tratamiento quirúrgico.			
Se evidencia tratamiento de radioterapia/quimioterapia.			
Se evidencia mecanismos para la realización de consulta de seguimiento post tratamiento.			
Existe documentación y ejecución del programa de soporte oncológico.			
Total	-	-	
Porcentaje de cumplimiento			
>90%	EXCELENTE		
<90% >70%	ACEPTABLE		
<70%	BAJO		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Tabla 3*Lista de chequeo Resolución 3280 de 2018/SISPI*

Resolución 3280 de 2018/SISPI			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
El programa de prevención de cáncer de mama se fundamenta teniendo en cuenta la aprobación de las autoridades propias de los pueblos indígenas.			
Se evidencia que el programa responde a los cinco componentes del SISPI (cuidado de la salud propia e intercultural, sabiduría ancestral, formación y capacitación de conocimiento en salud, político organizativo).			
¿Se determina el objetivo del programa de detección temprana de cáncer de mama desde un enfoque intercultural que desarrolle la cosmovisión de los pueblos?			
En el programa se evidencia el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas.			
¿Se caracteriza la población objeto de acuerdo a los ciclos de vida? ¿Teniendo en cuenta mujeres a partir de los 40 años y mujeres a partir de los 50 años?			
Para las actividades incluidas dentro del programa cuenta con mecanismos de capacitación a los dinamizadores asistenciales.			
Para las actividades incluidas dentro del programa cuenta con la inclusión de los exámenes clínicos de la mama.			

Resolución 3280 de 2018/SISPI			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
Para las actividades incluidas dentro del programa cuenta con la inclusión de la toma de la mamografía.			
Para las actividades incluidas dentro del programa se realiza trazabilidad y gestión de resultados y su entrega.			
Para las actividades incluidas dentro del programa realiza trazabilidad de gestión de la atención en salud de la mujer donde se evidencia fecha de asignación de cita y remisión a otros servicios.			
Cuenta con el talento humano idóneo, incluye: profesional de medicina general, especialista en medicina familiar o enfermería, radiología o cirugía de mama entrenado para la realización de la mamografía.			
Para la realización del procedimiento cuenta con ambiente tranquilo y discreto para la realización de las pruebas de tamización de cáncer de mama.			
para la realización del procedimiento cuenta con mecanismos que garanticen la comprensión y comodidad de la mujer.			
Para la realización del registro de la anamnesis se evidencia la identificación de factores de riesgo heredo-familiares y personales de ser identificados se evidencia la activación de la tura integral de atención de cáncer de mama.			
Se evidencia que se informa a la mujer sobre el procedimiento.			

Resolución 3280 de 2018/SISPI			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
Se evidencia registro en el sistema de información del programa las conductas a seguir según los resultados de las pruebas de tamización.			
Se evidencia mecanismos de tamizaje para mujeres a partir de los 40 años con examen clínico de mama cada año.			
Se evidencia mecanismos de tamizaje para mujeres a partir de los 50 a 69 años: Mamografía de 2 proyecciones cada 2 años.			
Ante evidencia de resultados NORMALES de la mamografía (BI-RADS 1 Y 2) continuar esquema de tamización cada 2 años hasta los 69 años.			
Ante evidencia de resultados de mamografía BI-RADS 3 adelantar las intervenciones diagnósticas o de seguimiento en concordancia con lo definido en la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.			
Ante evidencia de resultados ANORMALES (BI-RADS 4A, 4B, 4C) y realizar búsqueda activa de las mujeres y asignar con carácter prioritario la cita de entrega de resultados con profesional de medicina general o enfermería entrenado quien deberá emitir orden para biopsia; el equipo administrativo deberá adelantar la gestión para la realización de la misma.			
Ante evidencia de resultados ANORMALES en la biopsia generar una alerta para que se realice la gestión del caso de acuerdo con las intervenciones descritas en la Ruta Integral de Atención en salud			

Resolución 3280 de 2018/SISPI			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
para la población con riesgo o presencia de cáncer – cáncer de mama.			
Se evidencia durante el procedimiento que se brinda información acerca de Factores de riesgo para cáncer de mama.			
Se evidencia durante el procedimiento que se brinda información acerca de Autoexamen de mama.			
Se evidencia durante el procedimiento que se brinda información acerca de Importancia del examen clínico de mama a partir de los 40 años y de la mamografía a partir de los 50 años.			
¿Se evidencian mecanismos para la entrega oportuna de resultados?			
Se garantiza la promoción y educación de las mujeres en el autoexamen de mama y la identificación de las señales de alarma.			
Existen mecanismos que garanticen la oportunidad en el examen clínico de la mama, y solicitar exámenes complementarios (ecografía de seno y/o mamografía) cuando el examen clínico sea anormal.			
Se evidencian mecanismos que garanticen que la oportunidad en el proceso de tamización con mamografía (toma, lectura y emisión del informe de resultados) no supere los 15 días calendario, contados a partir del día la toma de la muestra.			
Se evidencia mecanismos para el seguimiento a la oportunidad en la entrega de los informes de resultados por parte del servicio de radiología,			

Resolución 3280 de 2018/SISPI			
Ítem	Cumple	No cumple	Observación
generar plan de mejoramiento, cuando la oportunidad exceda los 15 días.			
Se realiza recepción y verificación de los resultados de la mamografía			
Se evidencia revisión, interpretación y se catalogan los resultados			
En cuanto a la toma de pruebas diagnósticas, el ente cuenta con el certificado de habilitación del ente territorial.			
Total	-	-	
Porcentaje de cumplimiento			
>90%	EXCELENTE		
<90% >70%	ACEPTABLE		
<70%	BAJO		

Fuente: Ministerio de Salud y Protección social

Para la obtención de información y aplicación de la lista de chequeo se recurrirá a las técnicas de auditoría o verificaciones verbales, oculares, físicas y documentales, que permitan la recolección verídica de la indagación estipulada en las listas de chequeo, permitiendo adquirir información de manera transparente y en campo.

La aplicación de las listas de chequeo se hará de manera trimestral, permitiendo una evaluación del cumplimiento y una trazabilidad de los resultados para el cumplimiento de las mismas por parte del programa.

Para el paso de verificar se tendrá en cuenta si la lista de verificación o de chequeo cumple con las características e ítems presentados en la normatividad de referencia.

Finalmente, se actuará definiendo los cambios pertinentes en el formato de verificación para el cumplimiento de los estándares presentados en la normatividad de referencia.

Presupuesto

Tabla 4 *Cálculo costos de personal según actividades*

SERVICIO	RECURSO HUMANO	NUMERO ACTIVIDADES	VALOR MES	VALOR AÑO	HORAS MES	VALOR HORA
Servicios de Auditoria en Calidad	Médico	15	\$ 5.500.000,00	\$ 66.000.000,00	160	\$ 34.375
	Enfermera	15	\$ 5.000.000,00	\$ 60.000.000,00	160	\$ 31.250
	Fisioterapeuta	15	\$ 5.000.000,00	\$ 60.000.000,00	160	\$ 31.250
	Sabedor Ancestral	15	\$ 2.000.000,00	\$ 24.000.000,00	160	\$ 12.500
Asesoría en implementación de RIAS	Médico	12	\$ 3.800.000,00	\$ 45.600.000,00	20	\$ 190.000
	Enfermera	12	\$ 3.200.000,00	\$ 38.400.000,00	20	\$ 160.000
	Fisioterapeuta	12	\$ 3.200.000,00	\$ 38.400.000,00	20	\$ 160.000
TOTAL, EGRESOS		96	\$ 27.700.000,00	\$ 332.400.000,00		

Fuente: Propia

Tabla 5 *Insumos*

INSUMOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resma papel carta	3	\$ 11.500	\$ 34.500
Resma papel oficio	3	\$ 13.000	\$ 39.000
Caja de lapicero negro	2	\$ 12.000	\$ 24.000
Carpeta AZ oficio	5	\$ 6.300	\$ 31.500
Carpeta AZ carta	5	\$ 5.500	\$ 27.500
Sobres de manila carta paquete x50	2	\$ 4.000	\$ 8.000
Sobres de manila oficio paquete x50	2	\$ 5.000	\$ 10.000
TOTAL	22	\$ 57.300	\$ 174.500

Fuente: Propia

Tabla 6 Equipos

EQUIPOS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Computadores	5	\$ 1.300.000	\$ 6.500.000
Impresora	1	\$ 500.000	\$ 500.000
Sillas	5	\$ 230.000	\$ 1.150.000
Escritorio	5	\$ 400.000	\$ 2.000.000
TOTAL	16	\$ 2.430.000,00	\$ 10.150.000

Fuente: Propia

Tabla 7 Gastos generales

GASTOS GENERALES	VALOR UNITARIO AL MES	VALOR UNITARIO AL AÑO
Servicios Públicos	\$ 1.576.000	\$ 18.912.000
Costos Financieros	\$ 50.000.000	\$ 600.000.000
Licencia de Software	\$ 20.000.000	\$ 240.000.000
TOTAL	\$ 71.576.000	\$ 858.912.000

Fuente: Propia

Tabla 8 Gastos totales

ITEM	VALOR AÑO
Gastos generales	\$ 858.912.000
Equipos	\$ 10.150.000
Insumos	\$ 174.500
Personal	\$ 332.400.000
TOTAL	\$1.201.636.500

Cronograma de Gantt

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
ACTIVIDADES	2020						2021		
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
	24-25	10-16	4-5	5-18	1-30	1-11	15-30	1-28	10-20
Formación del equipo de trabajo.									
Revisión bibliográfica modelos de auditoría									
Revisión bibliográfica cáncer de mama									
Revisión bibliográfica pueblos indígenas									
Selección de modelo de auditoría.									
Análisis e interpretación mediante ejecución del ciclo PHVA.									
Elaboración lista de chequeo.									
Consolidación anteproyecto escrito									
Solicitud de permisos para realización del trabajo.									

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
ACTIVIDADES	2020						2021		
	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO
	24-25	10-16	4-5	5-18	1-30	1-11	15-30	1-28	10-20
Ritualidad para apertura del camino según tradiciones indígenas									
Recolección de datos									
Entrevistas y encuestas									
Elaboración de la base de datos									
Aplicación de lista de chequeo									
Identificar deficiencias en el programa de detección de cáncer de seno aplicado a mujeres indígenas.									
Observación externa teniendo en cuenta aplicación de estipulado en resolución 3280 de 2018.									
Elaboración de plan de mejora.									
Presentación.									

Resultados Esperados

Con la aplicación de las listas de chequeo desde los distintos tipos de auditoría, se espera identificar y documentar el cumplimiento de los ítems propuestos por el programa aquí estudiado para las usuarias de la EPS indígena y a partir de los hallazgos encontrados lograr establecer planes de mejoramiento para el cumplimiento de las falencias encontradas.

Definir procesos de seguimiento que permitan acercar a la usuaria al prestador y así gestionar de manera integral el riesgo en salud y la promoción y mantenimiento de la misma.

La ejecución del programa de detección temprana de cáncer de seno en usuarias de la EPS indígena, mediante la evaluación con diferentes enfoques propuestos por los estándares definidos a cumplir por la Resolución 3280 de 2018, la Norma Técnica para la Detección Temprana de Cáncer de Seno y su Ruta Integral de Atención en Salud, permitan determinar los principales puntos críticos de la atención en salud a atacar, mitigar, subsanar con el propósito de generar impacto en el estado de salud de la población atendida, equilibrio financiero y la satisfacción.

Coadyuvar a la EPS indígena a detectar sus debilidades, responder a sus flaquezas y por el contrario consolidar y afianzar las fortalezas de la misma que pueden llegar a convertirse en ventajas competitivas para la Entidad.

Se espera encontrar y definir estrategias de socialización y sensibilización, que hagan que el programa de detección temprana de cáncer de seno en usuarios de la EPS indígena, llegue a toda la población.

Consideraciones éticas

Los estudios de investigación en el sector salud nos permiten obtener herramientas que nos orienten en la forma de intervenir en la población, este tipo de investigaciones también pueden representar riesgos en los cuales se debe trabajar para disminuirlos; al hablar de los pueblos indígenas en muchas ocasiones incurrimos en la vulneración e irrespeto hacia sus particulares creencias, costumbres y formas de vida, ha sido del interés de organizaciones mundiales proteger los derechos de la población pero en muchas de ellas poco o nada se menciona a los pueblos indígenas; ya en el contexto nacional la constitución política de 1991 reconoce la protección de los derechos fundamentales, sociales, políticos entre otros y además reconoce a los pueblos indígenas como sujetos de protección especial ante la ley. La resolución 8430 de 1993 la cual regula la investigación en salud establece que en los estudios realizados en seres humanos deben prevalecer la dignidad, la integridad, la seguridad y los derechos de los participantes en el estudio y además obliga a la revisión de los trabajos por parte de un comité de ética en investigación.

Pese a esto se reconoce otra controversia; en cuanto a los puntos de vista de los pueblos indígenas, el enfoque desde su pensamiento y/o cosmovisión. En sí, Colombia no cuenta con normatividad específica sobre la investigación en salud.

Para fines de esta investigación se tomará en cuenta el previo consentimiento de los participantes en el estudio, a través de la firma y/o huella de los mismos, recurriendo al uso previo de consulta y la concertación garantizando la autodeterminación de los pueblos originarios y su autonomía durante el proceso investigativo

Conclusiones

Es necesario crear e implementar modelos de auditoría diferencial que respondan a las necesidades en salud desde el marco de la interculturalidad, permitiendo adaptación conceptual de definiciones intrínsecas a la salud y mejoramiento de la misma.

Por otro lado, se debe hacer énfasis en la evaluación y auditoría aplicada para el mejoramiento de programa de detección temprana de cáncer de mama, en el programa creado por la Asociación Indígena del Cauca EPSI, que permita visibilizar los puntos débiles del mismo para ser reforzados, de manera que tenga un impacto positivo en la salud de las mujeres indígenas afiliadas a la Asociación Indígena del Cauca EPSI y así mismo estas sean replicadoras de la información y atención obtenida mediante el programa de detección temprana de cáncer de mama en sus comunidades, siendo así referentes positivos desde su perspectiva propia.

Referencias

- Abolhassan, S., Shojaizadeh, D., Montazeri, A. & Yazdani, J. (2015). Sociocultural Factors Associated with Breast Self-Examination among Iranian Women. *Acta Médica Iránica*, 53 (1): 63-68.
- Akhtari, M., Hanafiah, M., Zarina, I., Said, S. & Latiff, L. (2015). Health beliefs and breast self-examination among undergraduate female students in public universities in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16 (9), 4019-4023. Doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.9.4019>
- American Society of Clinical Oncology – ASCO. (2018). *Cáncer de mama: Tipos y tratamiento*. Cancer.Net.
- American Society of Clinical Oncology- ASCO. (2019). *Cáncer de mama. Estadísticas*. Recuperado el 6 de diciembre de 2020 de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/estad%C3%ADsticas>
- Benzauen, J. y Convers, J. (2015). El ISO 9001 y TQM en las empresas de Colombia. *Revista Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, 9 (3), 107-128. Doi: [10.3232/GCG.2015.V9.N3.05](https://doi.org/10.3232/GCG.2015.V9.N3.05)
- Botanical. (2017). *El mundo de las plantas*. Recuperado el 25 de octubre de 2020 de <http://www.botanical-online.com>
- Chong, A. & Roder, D. (2010). Exploring differences in survival from cancer among indigenous and non-indigenous Australians: Implications for Health Service Delivery and Research. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 3, 953-961.
- Colciencias y Ministerio de Salud de Colombia. (2013). *Guía práctica clínica (GTC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia. Guía completa. Guía No. GPC-2013-19*. Instituto Nacional de Cancerología ESE.

- Congreso Nacional de Colombia. *Ley 691 de 2001*[Internet] Colombia. Por la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
- Corporación Memoria y Saber Popular. (2012). *Sistema Indígena de Salud propio e intercultural – SISPI*.
- Cromos. (15 de mayo, 2016, 8:12 p.m.). *La guanábana, la cura milagrosa del cáncer* [en línea]. Redacción El Espectador. Estilo de Vida. Recuperado el 8 de diciembre de 2020 de
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2007). Colombia una nación multicultural. Su diversidad étnica. En: *Colombia, un espacio de vida y encuentro pluricultural* [Internet] [Consultado 22 de agosto de 2017]. Disponible en:
http://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/colombia_nacion.pdf
- Dinero. (2013). *10 pasos para realizar consulta previa en Colombia*. Recuperado el 7 de diciembre de 2020 de <https://www.dinero.com/actualidad/noticias/articulo/abc-consulta-previa-colombia/189017>
- Escobar, L. (2017). *Mecanismos de auditoría que permiten el análisis de la calidad en salud pública*. Especialización auditoría en salud. Universidad Santo Tomás. Bogotá.
- Espinel, A. (2019). *Propuesta de un modelo de auditoría de calidad en salud, basada en la norma ISO 19011:2012 para el subsistema de salud de las fuerzas militares*. Especialización en Gerencia de la Calidad. Universidad de América. Bogotá.
- Febles, G., Estellano, F., y Simón, O. (2009). Auditoría de los resultados de mamografía diagnóstica en el Centro de Diagnóstico Mamario de la Asociación Española. *Rev Med Urug*, 25, 5-13.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Maxwell, D., Forman, D. & Bray, F. (2014). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136, E359-E386.

- Fondo colombiano de enfermedades de alto costo. (2020). *Cáncer de mama. Campaña 2020-1* [en línea]. Ministerio de Salud y Protección Social – Ministerio de Hacienda y crédito público. Recuperado el 6 de diciembre de 2020 de <https://cuentadealtocosto.org/site/eventos/>
- Gamboa, O., Buitrago, L., Lozano, T., Dieleman, S., Gamboa, C., León, E., Gil, M. y Fuentes, J. (2016). Costos directos de la atención del cáncer de mama en Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 20 (2). 52-60.
- García, M., Pinchi, L. y Souza, R. (2019). *Conocimiento y prácticas del autoexamen mamario en mujeres del asentamiento humano Sol Naciente Distrito de Belén*. Iquitos. Unam.
- Grupo Internacional de trabajo sobre asuntos indígenas – IWGIA. (2006). *El mundo indígena*. Copenhague, Dinamarca.
- Hall, G., Patrinos, H. (2006). *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004*. Bogotá, Colombia: Banco Mundial. – Mayol Ediciones S.A.
- Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud de Colombia. (2018). *Cáncer de mama y cuello uterino. Proceso vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública*. Informe del evento. Versión 04. Bogotá. INO_2018.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. (2018). *Mitos comunes e ideas falsas acerca del cáncer*.
- Manrique, F., Ospina, J., Vega, N., Morales, A. y Herrera, G. (2012). Factores asociados a la práctica correcta del autoexamen de mama en mujeres de Tunja (Colombia). *Investigación y Educación en Enfermería*, 30 (1), 18-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10522487003>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). *Resolución número 3280*. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Plan Decenal de Salud Pública. 2. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia*. Bogotá.
- Moore, S., Forman, D., Piñeros, M., Fernández, S., de Oliveira, M. & Bray, F. (2014). Cancer in indigenous people in Latin America and the Caribbean: a review. *Cancer Medicine*, 3 (1), 70-80. Doi: 10.1002/cam4.134
- Organización Internacional del Trabajo. (2009). *Guía para la aplicación judicial: Los Derechos de los Pueblos Indígenas en el Convenio 169 de la OIT*. 248p.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre política y gestión. Resumen de Orientación*. Ginebra, Suiza.
- Organización mundial de la Salud. (2018). *Cáncer, datos y cifras*.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Día Mundial del Cáncer de Mama – 19 de octubre*. OPS/OMS Uruguay. Recuperado el 6 de diciembre de 2020 de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=591:dia-mundial-cancer-mama-19-octubre&Itemid=451#:~:text=19%20de%20octubre-,D%C3%ADa%20Mundial%20del%20C%C3%A1ncer%20de%20Mama%2D%2019%20de%20octubre,probabilidades%20de%20prevenci%C3%B3n%20y%20cura.&text=Se%20conocen%20bien%20varios%20factores%20de%20riesgo%20del%20c%C3%A1ncer%20de%20mama.
- Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC). (2010). *Campaña Palabra dulce, aire de vida. Forjando caminos para la pervivencia de los pueblos indígenas en riesgo de extinción en Colombia*. Recuperado el 26 de agosto de 2020 de https://issuu.com/adminonic/docs/palabra_dulce_aire_de_vida
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (s.f.). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas: Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Pueblos indígenas. Lineamientos estratégicos y Plan de Acción 2003-2007*.

- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. ISBN: 92 75 32607 X.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.) *Resumen de conocimientos. Prevención: Factores de riesgo y prevención del cáncer de mama*.
- Palacio, L., Lazcano, E., Allen, B. & Hernández, M. (2009). Diferencias regionales en la mortalidad por cáncer de mama y cérvix en México entre 1979 y 2006. *Salud Pública de México*, 51 (2): S208-S219.
- Ramsey, Frank P. (2012). *De las creencias y los mitos a la ciencia*. México, D. F.: Trillas.
- Salazar, L., Benavides, M. y Valencia, S. (2018). Papel de la interculturalidad en el control de cáncer en pueblos indígenas. *Investigaciones Andina*, 20 (36), 123-143.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239059788009>
- Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial – Senati. (2014). *Introducción a la calidad total. Manual del principiante*. 2ª. ed.
- Woods, L., Rachet, B. & Coleman, M. (2006). Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Annals of Oncology*, 17, 5-19. Doi: 10.1093/annonc/mdj007
- Yepez-Ramírez, D., de la Rosa, G., Guerrero-Albarrán, C., Gómez-Martínez, J. (2012). Autoexploración mamaria: conocimiento y perspectiva en mujeres. *Rev Enferm Inst Max Seguro Soc*, 20 (2), 79-84.
- Zamora Ardoy, M., Báñez Sánchez, F., Báñez Sánchez, C., y Alaminos García, P. (2004). Aceite de oliva: influencia y beneficios sobre algunas patologías. *Anales de Medicina Interna*, 21 (3), 138-142.
- Zárate, K. (2018). *Conocimientos, mitos, creencias, actitudes y prácticas femeninas frente a la detección temprana del cáncer de mama*. Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Zulma Urrego, Mendoza Gina, Palchucán Coral y Lizbeth O Bastidas (2017) Consideraciones éticas para la investigación en salud con pueblos indígenas de Colombia. Revista de salud pública 19 (6) 827-832 – 50