

A smiling woman with dark skin and hair, wearing an orange headscarf with a white floral pattern, an orange t-shirt, and a purple apron with a yellow floral pattern. She is standing in a market stall, with various food items and cooking equipment visible in the background. The background is slightly blurred, showing other people and market structures.

ECONOMIST
IMPACT

Reducir la brecha de equidad

Atención oncológica
para la mujer en
Colombia

Respaldo por



MSD

Contenido

- 2** Acerca de este informe
- 3** Introducción
- 5** Desentrañar las desigualdades en la atención oncológica para la mujer en Colombia
- 9** Reducir la brecha de equidad
- 14** Mirando hacia el futuro
- 15** Referencias

Acerca de este informe

“Reducir la brecha de equidad: Atención oncológica para la mujer en Colombia” es un informe de investigación de Economist Impact que examina el panorama de la atención del cáncer de cuello uterino y de mama en Colombia, y se centra en identificar las disparidades y oportunidades para ofrecer resultados equitativos para las mujeres.

Este informe explora cómo los factores socioeconómicos, culturales y del sistema de salud contribuyen a las desigualdades en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención posterior del cáncer para las mujeres en Colombia. A partir de esta información, se han desarrollado acciones prácticas para las partes interesadas, incluidos responsables de políticas, organizaciones no gubernamentales (ONG), profesionales de la salud y grupos de activistas, con el fin de promover una atención oncológica equitativa.

Economist Impact ha realizado una revisión inicial de la evidencia y entrevistas con expertos para aportar una perspectiva única a este informe a nivel nacional. Agradecemos a las partes interesadas de Colombia que participaron en las entrevistas con expertos y compartieron sus perspectivas y experiencias (en orden alfabético):

- Dra. **Gloria Inés Sánchez**, Ph. D., Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia
- **Gustavo Campillo**, Presidente, Fundación RASA
- Dr. **Wilson Cubides Martínez**, Director Ejecutivo, La Liga Colombiana Contra el Cáncer

Esta investigación fue dirigida por Alcir Santos Neto y Debora Ramires Pelisson y llevada a cabo por María Clara Silva. El artículo fue redactado por la Dra. Radha Raghupathy, editado por Alcir Santos Neto y revisado por Maria Ronald. Latifat Okara y Kati Chilikova supervisaron y dirigieron el programa de investigación.

Introducción

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres en Colombia y, a pesar de los avances en la detección temprana y el tratamiento, su tasa de mortalidad ha aumentado en las dos últimas décadas.^{1,2,3} Se proyecta que la prevalencia del cáncer de mama en Colombia seguirá aumentando a una tasa preocupante, de 691 por cada 100.000 en 2024 a 739 por cada 100.000 en 2030 (consulte la Figura 1), lo que supone un aumento del 5,5 % en seis años. Esta tendencia indica el aumento persistente en la mortalidad por cáncer de mama a pesar de los avances en la detección y el tratamiento tempranos. Asimismo, las mujeres en Colombia enfrentan mayores riesgos de subtipos agresivos, como el cáncer de mama luminal B y el cáncer de mama triple negativo (CMTN). Por el contrario, aunque la prevalencia del cáncer de cuello uterino en Colombia sigue siendo significativamente más alta que el promedio de Latinoamérica (que se proyecta que oscile entre 148 por cada 100.000 en 2024 y 146 por cada 100.000 en 2030), se espera

que la prevalencia en Colombia disminuya en un 0,3 %, de 189 por cada 100.000 en 2024, a 188 por cada 100.000 en 2030 (consulte la Figura 2). Esto sugiere un progreso lento pero positivo en la reducción de la mortalidad.⁴ Si bien el control del cáncer de cuello uterino parece estar mejorando en Colombia, la prevalencia se mantiene muy por encima del objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de menos de 4 por cada 100.000 habitantes, lo que indica que existen brechas significativas en la prevención y la accesibilidad al tratamiento.^{5,6} Estas brechas, junto con las barreras del sistema de salud, la detección temprana limitada y las disparidades en la atención, contribuyen a resultados deficientes, y alejan a Colombia del cumplimiento de los objetivos de la OMS, tanto para la atención del cáncer de mama como del cáncer de cuello uterino.^{1,7} Para reducir esta brecha, Colombia debe fortalecer los programas de pruebas de detección, ampliar el acceso al tratamiento y abordar las desigualdades estructurales en la atención oncológica.

Figura 1: Prevalencia del cáncer de mama en Colombia, 2024-2030⁸

Tasa por cada 100.000 personas

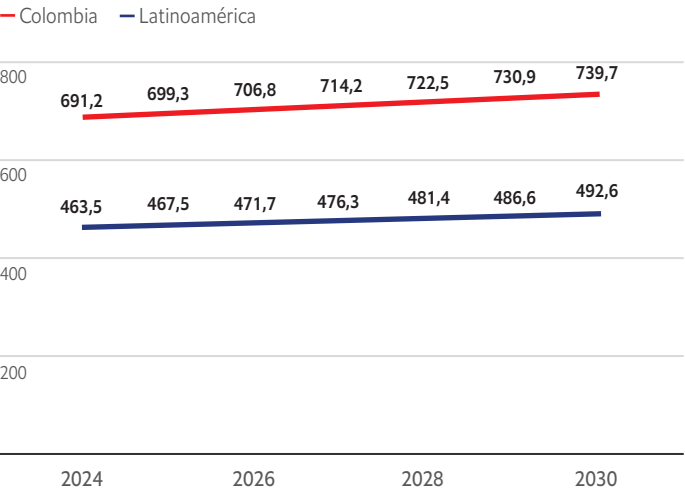
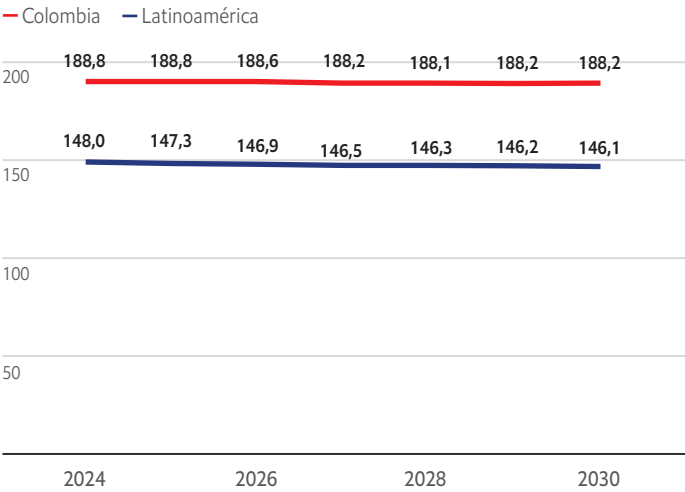


Figura 2: Prevalencia del cáncer de cuello uterino en Colombia, 2024-2030⁸

Tasa por cada 100.000



El cáncer de cuello uterino se puede prevenir en gran medida a través de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH); sin embargo, las tasas de cobertura de vacunación en Colombia han sido subóptimas. El país introdujo su programa escolar de vacunación contra el VPH en 2012; para 2013, la cobertura de la primera dosis había alcanzado el 98 % de las mujeres en edad escolar. Sin embargo, un episodio ocurrido en el municipio de El Carmen de Bolívar, donde las familias afirmaron que la vacuna enfermaba a las niñas, resultó en una reacción psicogénica masiva a la vacuna, con más de 600 niñas en todo el país que informaron eventos adversos. El programa de vacunación sufrió un revés significativo, con una cobertura que se desplomó al 20 % para fines de 2014. Esta disminución ha sido persistente; para 2023, la cobertura solo se había recuperado hasta alcanzar un estimado del 52 % de las mujeres elegibles.^{9,10} Las barreras culturales de la vacunación son evidentes, según los datos que muestran tasas de cobertura de vacunación contra el VPH más bajas, de aproximadamente el 23 %, entre las mujeres indígenas en comparación con el promedio nacional.¹¹ Es particularmente importante mejorar los esfuerzos de vacunación en este subgrupo, dada su tendencia a ser nómada, lo que provoca una menor adherencia a las pruebas de detección y al seguimiento del cáncer de cuello uterino.¹¹

Si bien la detección temprana del cáncer de mama y de cuello uterino está mejorando en Colombia, muchas mujeres aún presentan la enfermedad en etapa avanzada en el momento del diagnóstico. Esta es una preocupación crítica, impulsada por la falta de conocimiento y el acceso inadecuado a las pruebas de detección, ambos factores que pueden abordarse.¹² Por ejemplo, solo el 28 % de los casos de cáncer de cuello uterino en Colombia se diagnostican en una etapa temprana, mientras

que casi el 30 % de los casos de cáncer de mama y el 25 % de los casos de cáncer de cuello uterino se diagnostican en etapas avanzadas.¹³ Los programas nacionales proporcionan pruebas de Papanicolaou o pruebas de detección basadas en el VPH para detectar el cáncer de cuello uterino y pruebas de detección basadas en mamografías para detectar el cáncer de mama, pero su aceptación es modesta.¹⁴ Por ejemplo, se estimó que la aceptación de la mamografía era de solo alrededor del 33 % en 2017.¹⁵



El 20 %

de las mujeres indígenas en la Amazonía nunca se ha realizado una prueba de Papanicolaou (en comparación con el promedio nacional del 13 %)¹⁶

Las barreras educativas, culturales y de acceso afectan la cobertura de las pruebas de detección. Estudios realizados a mujeres indígenas que viven en zonas remotas, como la Amazonía colombiana, han demostrado que la desinformación, los sentimientos de vergüenza, temor y desconfianza hacia los servicios de salud desempeñan funciones significativas en la reticencia a realizarse las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino.¹⁷ Las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos que están desempleadas y cuyas decisiones de salud dependen de otras personas tienen menos probabilidades de haberse realizado una prueba de Papanicolaou.¹⁸ De manera similar, aquellas que viven en zonas rurales también tienen menos probabilidades de haberse realizado una prueba de Papanicolaou que aquellas que viven en centros urbanos.¹⁹ El acceso al tratamiento y a los cuidados paliativos para el cáncer de las mujeres en Colombia también varía según la geografía y el tipo de cobertura de seguro. Las zonas urbanas, los seguros privados y los regímenes de seguro contributivos ofrecen un mejor acceso a la atención y mejores resultados.^{20,21,22}

Estos desafíos enfatizan la necesidad urgente de examinar cómo los factores demográficos, socioeconómicos y geográficos determinan las disparidades en los resultados oncológicos en las mujeres en Colombia. Al comprender estas dinámicas, podemos identificar soluciones viables para reducir la brecha de equidad en la atención oncológica. En este informe, exploramos las causas de las disparidades en la atención oncológica de la mujer y los resultados en Colombia, las oportunidades para reducir estas disparidades, y hacemos llamados a la acción específicos para todas las partes interesadas.



El **30 %** de los cánceres de mama y el

25 % de los cánceres de cuello uterino se diagnostican en etapas avanzadas

“El cáncer uterino ocurre principalmente en las regiones menos desarrolladas de Colombia, en los departamentos más alejados de los centros urbanos de la cordillera central de los Andes”.

Dra. Gloria Inés Sánchez, Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Desentrañar las desigualdades en la atención oncológica para la mujer en Colombia

En Colombia, la interacción de factores demográficos, geográficos y socioeconómicos provoca disparidades significativas en los resultados oncológicos de las mujeres. Colombia se divide en cinco regiones. La región oriental o andina es el centro del poder económico y político, poblada principalmente por blancos y mestizos. Las tierras bajas de la costa atlántica o el Caribe ocupan el segundo lugar en cuanto a actividad comercial, después de la región oriental. La costa del Pacífico es habitada principalmente por personas afrodescendientes y tiene una actividad comercial escasa. Los Llanos y las selvas de la Amazonía, o la región de la Amazonía-Orinoquía, también están escasamente pobladas, y las zonas remotas de la Amazonía son habitadas principalmente por pueblos indígenas.²³ Los grupos étnicos, incluidos los raizales y los palenqueros, reconocidos como afrocolombianos, y la población de gitanos Rrom, también viven predominantemente en regiones rurales.²⁴ Las tasas de incidencia y mortalidad del cáncer de mama y de cuello uterino son más bajas en la región oriental de Colombia (excepto en Bogotá D.C.) en comparación con el promedio nacional, lo que demuestra diferencias en la biología de la enfermedad, la concientización y el acceso a la atención entre las diferentes regiones.¹³

Factores demográficos

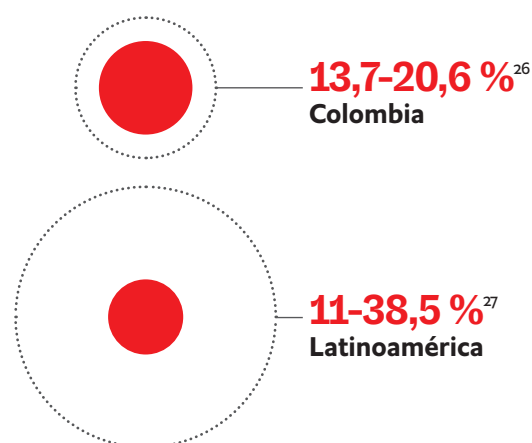


El 19 %

de las muertes por cáncer entre los indígenas colombianos se producen en personas menores de 45 años, en comparación con el 10 % entre los mestizos²⁵

Las divisiones geográficas y económicas de Colombia no solo influyen en la infraestructura de atención médica, sino también en la composición demográfica de cada región. Estas variaciones contribuyen a las disparidades en la incidencia, la progresión y las tasas de supervivencia del cáncer, lo que hace que los factores demográficos sean un factor determinante clave en la atención y los resultados oncológicos de las mujeres. Entre los colombianos, casi tres quintas partes se identifican como mestizos, una quinta parte como afrocolombianos, una quinta parte como europeos y un 1 % como indígenas.²³ Las mujeres afrocolombianas e indígenas tienen un mayor riesgo de recibir un diagnóstico de cáncer avanzado y morir en comparación con otros grupos étnicos. Esto se debe a una biología de la enfermedad más agresiva, niveles más bajos de educación y de estatus socioeconómico (ESE), mayores probabilidades de residir en el campo y peor acceso al tratamiento.¹⁶

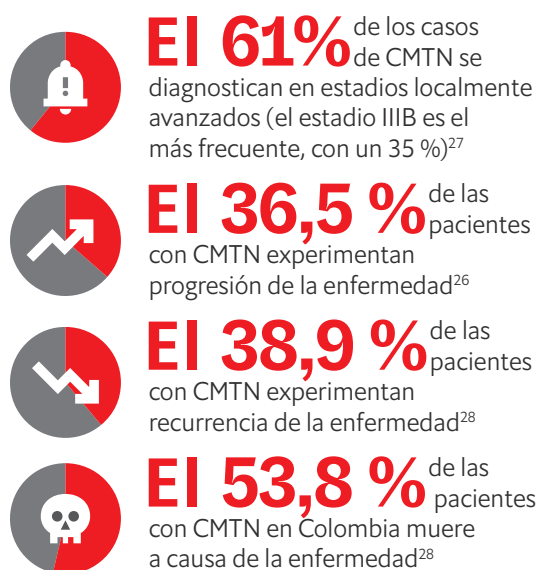
Figura 3: Cáncer de mama triple negativo en Colombia (2013) frente a Latinoamérica (2023)
Prevalencia



“El acceso a la atención oncológica de las mujeres indígenas es especialmente difícil. En muchos casos, tienen un acceso limitado a la atención médica debido a las prácticas culturales y a la desconfianza hacia los proveedores externos de atención médica”.

Gustavo Campillo, Presidente, Fundación RASA

Figura 4: Impacto del cáncer de mama triple negativo



Las mujeres afrocolombianas tienen un mayor riesgo de presentar subtipos agresivos de cáncer de mama, como el CMTN no basal y de tipo basal enriquecido con HER2, lo que demuestra diferencias en la biología de la enfermedad que afectan los resultados.⁴ Las mujeres indígenas tienen más probabilidades de tener sobrepeso y presentar tumores de mama más grandes, lo que sugiere una menor concientización y un acceso más deficiente a la atención en esta población.²⁹

Disparidades geográficas

Más allá del origen étnico y el estatus socioeconómico, el lugar donde una mujer vive en Colombia afecta significativamente su capacidad de acceder a pruebas de detección y tratamiento oportuno del cáncer. A pesar del hecho de que el 99 % de la población tiene seguro médico, la diversa geografía del país presenta desafíos estructurales

que conducen a desigualdades pronunciadas en la atención oncológica.²⁰ Las mujeres que viven en zonas rurales y remotas del país, como la selva amazónica, experimentan dificultades particulares en el acceso a la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y los cuidados paliativos, lo que empeora significativamente los resultados de supervivencia del cáncer de mama y de cuello uterino en estas regiones. Tanto las mujeres afrocolombianas como indígenas tienen más probabilidades de vivir en zonas rurales, donde la distancia de los centros de atención médica, la necesidad de transporte, la falta de recursos personales y la fragmentación de la atención pueden afectar la puntualidad de las pruebas de detección, el diagnóstico y el manejo de los cánceres.³⁰

Con respecto a la detección temprana, la región central tiene un mejor desempeño, con el 54 % de los cánceres de mama diagnosticados en las etapas tempranas, seguida por Bogotá D.C. con el 53 %. La región de la Amazonía-Orinoquía tiene un desempeño particularmente deficiente, y solo el 29 % de los casos de cáncer de mama se diagnostica en las primeras etapas.¹² El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y el tiempo transcurrido hasta el tratamiento del cáncer de mama también varían según la región. El promedio nacional es de 36 días hasta el diagnóstico y de 60 días hasta el tratamiento. En Colombia, el tiempo de espera típico para recibir un diagnóstico de cáncer de mama es de 36 días, mientras que el inicio del tratamiento lleva alrededor de 60 días. Algunas regiones tienen un acceso más rápido, como Bogotá D.C., donde la espera es de 32 días para el diagnóstico y 52 días para el tratamiento, y la región central, con 33 días para el diagnóstico y 58 días para el tratamiento. Sin embargo, las demoras son más prolongadas en otras zonas. La región del Caribe tiene la espera más prolongada para el diagnóstico, con 45 días, mientras que la región oriental enfrenta la demora más prolongada para el tratamiento, con un promedio de 71 días.³¹

La región de la Amazonía-Orinoquía presenta resultados particularmente deficientes, ya que solo el 29 % de los casos de cáncer de mama se diagnostican en una etapa temprana.

“Muchas mujeres de comunidades afrodescendientes enfrentan más desafíos para acceder a la atención médica, particularmente debido a las barreras culturales”.

Dr. Wilson Cubides Martínez, MD, Director Ejecutivo, La Liga Colombiana Contra el Cáncer

En cuanto al acceso al tratamiento para los cánceres de las mujeres, Colombia contaba con 69 aceleradores lineales, dos equipos de radiocirugía, 30 equipos de braquiterapia de alta tasa de dosis, 124 oncólogos de radioterapia (113 trabajando, nueve sin trabajar y no había información disponible sobre dos) y 275 tecnólogos de radioterapia a junio de 2020. Las regiones del sur central de Colombia y de los Llanos tienen un déficit más significativo de equipo y personal de radioterapia que otras regiones. Los servicios de quimioterapia han crecido más rápido que los servicios de radioterapia en Colombia, dado el alto costo de establecer y mantener instalaciones de radioterapia.³² Las diferencias geográficas también se observan en el acceso a los cuidados paliativos, con servicios concentrados en Bogotá D.C., el Centro y el Caribe, mientras que la región de la Amazonía-Orinoquía tiene un acceso deficiente.³³ Las mujeres afrocolombianas e indígenas, que tienen más probabilidades de vivir en zonas rurales y remotas, sufren un impacto desproporcionado de estas desigualdades en el acceso. Además, el sistema de atención médica no toma en cuenta las prácticas y preferencias culturales de las mujeres pertenecientes a minorías, lo que genera desconfianza y repercute en las conductas de búsqueda de atención médica.

Barreras socioeconómicas

Colombia proporciona atención médica casi universal a través de un seguro médico obligatorio, con aproximadamente el 99 % de la población afiliada formalmente al sistema. Sin embargo, la cobertura no siempre se traduce en un acceso efectivo debido a las dificultades administrativas, las disparidades regionales y las barreras socioeconómicas. Las personas en Colombia pueden formar parte del sistema de salud nacional de Colombia, llamado *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) a través de un régimen contributivo para aquellos que tienen un empleo formal, un régimen subsidiado para quienes están desempleados y un régimen de beneficios específico para los profesores, las fuerzas armadas y los empleados de una empresa petrolera estatal. Alrededor del 6 % de la población tiene un seguro privado adicional.³⁴

En teoría, independientemente del tipo de contribución al seguro médico, los pacientes deberían tener el mismo acceso a la atención. Sin embargo, existen disparidades en el acceso a la atención oncológica de la mujer y los resultados en función del ESE y los regímenes de seguro. Las mujeres con un ESE bajo y con un seguro de salud subsidiado tienen un mayor riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino y de mama en

“En las ciudades más desarrolladas, las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino han disminuido a aproximadamente cuatro casos por cada 100.000 habitantes, casi alcanzando el objetivo establecido por la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, en las regiones menos desarrolladas, especialmente en las fronteras con Venezuela, Perú, la Amazonía y a lo largo de la costa atlántica, las tasas pueden ser hasta cinco veces más altas”.

Dra. Gloria Inés Sánchez, Ph. D., Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

comparación con aquellas con un ESE alto o con un seguro de salud contributivo, independientemente de la etapa del diagnóstico.^{21,22} El riesgo más alto de muerte por cáncer de cuello uterino se observa en las mujeres con un ESE bajo que además están afiliadas al régimen subsidiado.²¹ Las mujeres con seguro subsidiado tuvieron un aumento significativo en la mortalidad por cáncer de cuello uterino entre 2013 y 2020, en comparación con aquellas con seguros contributivos, que tuvieron una disminución.¹⁶ Las personas indígenas y afrocolombianas son más propensas a tener un seguro subsidiado, lo que aumenta el riesgo de resultados deficientes.³⁵



El 37-45 %

de las mujeres con seguro subsidiado tenían menos probabilidades de realizarse una prueba de Papanicolaou que aquellas con un seguro contributivo¹⁸



Las mujeres sin seguro tenían un

63 %

menos de probabilidades de haberse realizado una prueba de Papanicolaou en comparación con aquellas con un seguro contributivo¹⁸

Las disparidades en el acceso a la atención entre las personas con seguro subsidiado y contributivo influyen en las diferencias en los resultados del cáncer en las mujeres. Las demoras en el diagnóstico y el tratamiento de los cánceres de las mujeres son más frecuentes en la atención obtenida a través de un seguro subsidiado. En un estudio de 331 mujeres con cáncer de mama en Medellín se identificó que el 80 % de las mujeres tenía un retraso total en el tratamiento, con un 76 % de retraso por parte de la paciente y un 78 % de retraso por parte del proveedor. Las demoras más prolongadas en el tratamiento se observaron en quienes tenían seguro médico subsidiado.³⁶ Las mujeres vulnerables no solo tienen dificultades para acceder a la atención, sino que también experimentan una calidad de atención más deficiente. Un estudio cualitativo realizado a 16 mujeres con cáncer (cinco con cáncer de mama y una con cáncer de cuello uterino) que pertenecían a un ESE bajo, medio y alto mostró que las mujeres con seguro privado experimentaron la mejor calidad de atención, seguidas de aquellas en el régimen contributivo. Las mujeres con seguro subsidiado tuvieron la menor calidad de atención, y experimentaron demoras considerables, en algunos casos de hasta un año, para acceder al tratamiento. Estas mujeres también tuvieron interrupciones frecuentes en su atención debido a vencimientos de los contratos del seguro o al impago de las cuotas, lo que pone de manifiesto los desafíos sistémicos en la continuidad de la cobertura. En general, aquellas con un ESE más bajo y un seguro de salud subsidiado percibieron su atención oncológica como deshumanizada, fría, impersonal y discontinua.³⁷



Reducir la brecha de equidad

Reducir estas brechas requiere un enfoque estratégico que priorice la accesibilidad y la equidad en la prestación de atención médica. Lograr la equidad en la atención oncológica de la mujer dependerá de políticas más sólidas, una distribución más inteligente de los recursos y un apoyo dirigido a las poblaciones desatendidas. Una comprensión más profunda de las causas fundamentales de las disparidades en la atención oncológica, combinada con inversiones en infraestructura de atención médica y desarrollo de la fuerza laboral, será esencial para crear mejoras duraderas en los resultados de salud.

“El gobierno debe mejorar la asignación de recursos, invertir en capacitar a los profesionales de atención médica y garantizar la disponibilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento a nivel nacional”.

Gustavo Campillo, Presidente, Fundación RASA

Aprovechar los sistemas de información para comprender las desigualdades

Lograr la equidad en la atención oncológica comienza por comprender el alcance completo de las disparidades. Aprovechar el Sistema Nacional de Información en Cáncer (SINCAN) de Colombia puede proporcionar los datos necesarios para guiar eficazmente las decisiones de políticas y la asignación de recursos. El SINCAN, establecido en 2014, es administrado por el Fondo de Enfermedades

de Alto Costo (Cuenta de Alto Costo) y recopila información administrativa, demográfica y clínica sobre personas con cáncer en todo el país. La implementación de informes obligatorios sobre el cáncer para las personas aseguradas por el Sistema Nacional de Salud, que cubre a casi toda la población, ha mejorado significativamente la robustez de los datos sobre el cáncer en Colombia. Se recopilan datos sobre 132 variables, incluidas 16 variables sociodemográficas, como el origen étnico, el municipio de residencia y el tipo de seguro médico. Los proveedores de atención médica comparten información sobre el manejo clínico de los pacientes y actualizan la información anualmente.¹³ Esta base de datos se puede aprovechar aún más para comprender las disparidades en el manejo de los cánceres de las mujeres en función de las características demográficas, los factores socioeconómicos y la geografía.

También es necesario realizar más investigaciones para comprender las diferencias en los resultados relacionados con la biología de la enfermedad, particularmente en las variantes agresivas del cáncer de mama, como el CMTN no basal y de tipo basal enriquecido con HER2, y cómo estas variantes tienen un mayor impacto en poblaciones específicas. También se debe explorar la carga desproporcionada del cáncer de cuello uterino en las mujeres indígenas y afrocolombianas. Si bien los reportes obligatorios mejoran la exhaustividad de los datos, sigue existiendo la posibilidad de que no se reporten todos los cánceres, especialmente los de alta mortalidad y no diagnosticados. Además, al interpretar estos datos debe tenerse muy en cuenta la posibilidad de que se produzcan sesgos de información durante la presentación de los reportes.³⁸

“Un paso muy importante es garantizar que los datos sobre el cáncer se desglosen adecuadamente según la región y el estatus socioeconómico. Esto nos ayudará a comprender las disparidades en el acceso a la atención”.

Dra. Gloria Inés Sánchez, Ph. D., Profesora, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Promover servicios de atención médica accesibles y culturalmente receptivos

La recopilación de datos por sí sola es insuficiente: los servicios de atención médica deben usar la información obtenida de los datos para llegar a las personas que enfrentan las barreras más significativas. Mejorar la accesibilidad y garantizar una atención culturalmente receptiva son esenciales para superar los obstáculos sistémicos. Se necesitan esfuerzos multisectoriales coordinados para mejorar el acceso a la atención de las mujeres “de difícil acceso”. El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2021) adoptó un enfoque integral con respecto al control del cáncer, que abarca la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento y los cuidados paliativos. Un enfoque clave del plan fue descentralizar los servicios oncológicos para llegar a regiones desatendidas, principalmente a zonas rurales, mediante campañas de concientización pública y mejoras en la infraestructura de atención médica. El Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031) se enfoca en centralizar los servicios de atención oncológica, particularmente para el cáncer de mama y de cuello uterino, para garantizar una mejor coordinación y calidad del tratamiento. Sin embargo, los esfuerzos de descentralización, como las asociaciones con el sector de transporte, pueden complementar este enfoque al mejorar el acceso a la atención oncológica para las mujeres

en zonas rurales y desatendidas.^{39,40} No obstante, el plan obtuvo un puntaje bajo en cuanto a la equidad y no tenía un presupuesto específico para implementar intervenciones equitativas relacionadas con el cáncer.⁴¹ El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (2022-2031) se basa en el plan anterior y se centra más en el desarrollo de sistemas de salud inclusivos y el empoderamiento de las personas y las comunidades.⁴² Se hace especial hincapié en mejorar las pruebas de detección y el diagnóstico tempranos del cáncer de mama y de cuello uterino. El Plan Decenal de Salud Pública (2022-2031) enfatiza la integración de los servicios de atención oncológica dentro del sistema de salud general, con especial atención en el cáncer de mama y de cuello uterino, para mejorar la coordinación, la eficiencia y la accesibilidad.⁴³

La colaboración entre el sector de atención médica y otros ministerios, como el de transporte, puede favorecer el acceso a la atención oncológica centralizada y, a la vez, potenciar los esfuerzos complementarios de descentralización para mejorar el acceso de las mujeres al tratamiento del cáncer en las zonas desatendidas. Por ejemplo, en investigaciones recientes se han utilizado mapas de calor de distribución de la población y datos sobre tiempos de viaje provenientes de Distance Matrix de Google para proporcionar recomendaciones estratégicas a fin de ubicar de manera óptima unidades de radioterapia adicionales para mejorar la accesibilidad.⁴⁴





Para reducir las barreras socioeconómicas de la atención, es necesario abordar los desafíos en el régimen de seguro médico subsidiado, como el vencimiento de los contratos con proveedores de servicios de salud y la necesidad de procedimientos administrativos excesivos, como la gestión de autorizaciones.³⁷

Las asociaciones gubernamentales con ONG y el sector privado pueden ayudar a facilitar la atención equitativa más allá de las barreras geográficas y socioeconómicas. Varias ONG han sido activas en el respaldo de la implementación del plan nacional contra el cáncer en zonas rurales. Partners for Cancer Care and Prevention (PFCCAP) y su organización hermana, la Fundación para la Prevención y Tratamiento del Cáncer, por ejemplo, han desarrollado programas exitosos para mejorar el acceso a la atención del cáncer de mama y de cuello uterino para las personas vulnerables. Durante reuniones de extensión comunitaria con personal médico y funcionarios del gobierno, estas ONG identificaron las barreras más relevantes para la atención, entre ellas la falta de personal capacitado, equipos de pruebas de detección inadecuados, un sistema de salud fragmentado, barreras administrativas y la falta de continuidad de la atención para mejorar el acceso y los resultados para las mujeres desatendidas.

Para superar estas barreras, PFCCAP adoptó un enfoque multifacético en asociación con los hospitales que prestan sus servicios a poblaciones desatendidas en la ciudad de Cali. Se estableció un programa de navegación de pacientes con administradores capacitados, que disminuyó la media de los tiempos de espera desde la consulta hasta la biopsia a 20 días (en lugar de 65 días), desde la biopsia hasta el diagnóstico a cuatro días (en lugar de 33 días) y desde la primera cita médica hasta la cirugía a 84 días (en lugar de 219 días). PFCCAP también ha desarrollado una aplicación móvil llamada Ámate-Cuida tu Salud, que proporciona educación sobre salud y extiende el alcance para las pruebas de detección del cáncer de mama y de cuello uterino. PFCCAP estableció programas de educación dirigidos por la comunidad y por proveedores de atención médica para generar conciencia sobre el cáncer de mama y de cuello uterino. En la actualidad, el programa se está expandiendo gradualmente a otras regiones de Colombia.⁴⁵ La Unión Internacional para el Control del Cáncer ha establecido otro programa, denominado City Cancer Challenge (C/Can), para promover la prestación equitativa de atención oncológica a través de alianzas estratégicas entre los gobiernos nacionales, departamentales y municipales. La ciudad de Cali se ha unido a este programa.⁴⁶

La atención oncológica debe proporcionarse con una perspectiva cultural para mejorar el acceso y los resultados entre las mujeres afrocolombianas e indígenas. Las guías de práctica clínica para el manejo del cáncer en la mujer se deben redactar teniendo en cuenta los puntos de vista médicos y culturales de las minorías, incluidas las mujeres indígenas y afrocolombianas.⁴⁷ Al desarrollar programas de pruebas de detección, se deben tener en cuenta los factores que mejoran la aceptación de las pruebas de detección entre las mujeres indígenas, tales como la facilidad para programar citas, el acceso a proveedores de atención médica de sexo femenino y la participación de personas que hablen las lenguas indígenas.¹⁷ Los estudios piloto sobre el autoexamen del VPH en Colombia han resultado prometedores y pueden abordar las sensibilidades culturales de las mujeres pertenecientes a minorías. Sin embargo, hay desafíos en la implementación que deben abordarse, como el acceso a los kits de autoexamen y el seguimiento oportuno con procedimientos de diagnóstico.⁴⁸ Empoderar a las comunidades y a sus líderes para generar conciencia y participar activamente en su atención puede mejorar los resultados.⁴⁹

Fortalecer el personal de atención médica

Ampliar el acceso a la atención también requiere un personal de atención médica bien capacitado. Abordar la escasez de especialistas en oncología y fortalecer los programas de capacitación para los proveedores de atención primaria será fundamental para mejorar los resultados de los cánceres en las mujeres. Ampliar y mejorar las competencias del personal de atención médica son pasos para garantizar una atención más equitativa y descentralizada en Colombia. La cantidad de oncólogos en Colombia no alcanza los puntos de referencia internacionales, que varían según el país, pero suelen oscilar entre un especialista a tiempo completo por cada 200 (Royal College of Physicians en el Reino Unido) a 270 (Australia) casos nuevos de cáncer. En 2016, Colombia tenía 177 graduados en oncología clínica



Colombia no alcanza los puntos de referencia internacionales, con un déficit estimado de

179 especialistas



y 153 en hematología, pero todavía había un déficit estimado de 179 especialistas en función de las necesidades de la fuerza laboral. Para reducir esta brecha, es esencial aumentar la cantidad de oncólogos capacitados para mejorar el acceso a la atención oncológica.⁵⁰

Más allá de la formación de especialistas, los profesionales de atención primaria también deben estar mejor capacitados en las pruebas de detección y el diagnóstico del cáncer de mama y de cuello uterino, ya que es probable que sean los principales proveedores de atención en zonas rurales y remotas.⁵¹ Una forma de mejorar el acceso a la atención puede ser ampliar las oportunidades de formación y ofrecer beneficios económicos a los médicos de atención primaria para que proporcionen regímenes de quimioterapia sencillos

en zonas remotas. El apoyo de especialistas a través de la telemedicina de médico a médico puede capacitar aún más a los proveedores de atención primaria para que ofrezcan dichas terapias. Los trabajadores de atención médica comunitaria son otro recurso valioso que se puede contratar para lograr una atención oncológica más equitativa.

El futuro de la atención oncológica de la mujer en Colombia depende en gran medida de inversiones sostenidas en la prevención, la detección temprana y el tratamiento equitativo. A medida que el país avanza, serán necesarias reformas estratégicas para garantizar que todas las mujeres tengan acceso a atención oncológica de alta calidad, independientemente de la geografía o el estatus socioeconómico.



Mirando hacia el futuro

Colombia tiene la oportunidad de redefinir el futuro de la atención oncológica de la mujer abordando las disparidades sistémicas e implementando intervenciones focalizadas. Abordar las desigualdades en la atención requiere un enfoque estratégico que amplíe el acceso y garantice la prestación de atención médica para todos. Reducir la brecha de equidad exigirá políticas más sólidas, una mejor asignación de recursos e intervenciones focalizadas para las poblaciones desatendidas. Lograr un progreso significativo requerirá una comprensión integral de las barreras estructurales que limitan el acceso al diagnóstico y tratamiento oportunos. Tres áreas clave serán esenciales para impulsar el progreso:

- 1. Ampliar la prevención y la detección temprana:** es fundamental aumentar las tasas de vacunación contra el VPH y mejorar la cobertura de las pruebas de detección del cáncer de mama. Abordar la resistencia cultural contra la vacunación y eliminar las barreras logísticas para los programas de pruebas de detección puede ayudar a prevenir los diagnósticos en etapas tardías.

- 2. Fortalecer la infraestructura y la accesibilidad de la atención médica:** las mujeres en zonas rurales y de bajos ingresos tienen dificultades para acceder a un diagnóstico y tratamiento oportunos. Expandir las unidades de salud móvil, integrar los servicios de telemedicina y garantizar una dotación adecuada de personal de atención médica en regiones desatendidas puede reducir la brecha en la atención oncológica.
- 3. Mejorar la colaboración política y multisectorial:** las mejoras a largo plazo en la atención oncológica de la mujer requieren esfuerzos coordinados entre el gobierno, las ONG y los colaboradores del sector privado. Invertir en políticas basadas en datos, en una financiación equitativa de la atención médica y en programas adaptados a cada cultura ayudará a reducir las disparidades y a mejorar las tasas de supervivencia.

Referencias

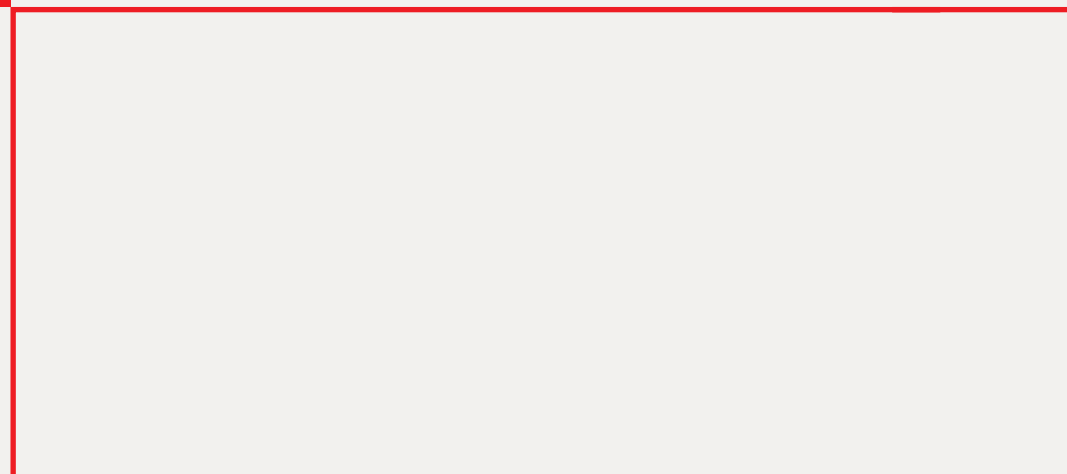
- ¹ IARC & WHO. Observatorio Mundial del Cáncer - Globocan 2022: Colombia. [Internet]. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer y Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheet.pdf>.
- ² Piñeros M, Laversanne M, Barrios E, Cancela MC, de Vries E, Pardo C, Bray F. An updated profile of the cancer burden, patterns and trends in Latin America and the Caribbean. *Lancet Reg Health Am.* 2022;13:None. doi: 10.1016/j.lana.2022.100294.
- ³ Torres-Román JS, Ybaseta-Medina J, Loli-Guevara S, Bazalar-Palacios J, Valcarcel B, Arce-Huamani MA, Alvarez CS, Hurtado-Roca Y. Disparities in breast cancer mortality among Latin American women: trends and predictions for 2030. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1449. doi: 10.1186/s12889-023-16328-w.
- ⁴ Serrano-Gomez SJ, Sanabria-Salas MC, Hernández-Suarez G, García O, Silva C, Romero A, Mejía JC, Miele L, Fejerman L, Zabaleta J. High prevalence of luminal B breast cancer intrinsic subtype in Colombian women. *Carcinogenesis.* 2016;37(7):669-676. doi: 10.1093/carcin/bgw043.
- ⁵ OMS. The Global Breast Cancer Initiative. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/global-breast-cancer-initiative#:~:text=The%20World%20Health%20Organization's%20Global,would%20save%202.5%20million%20lives>.
- ⁶ OMS. Cervical Cancer Elimination Initiative. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; n.d. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative>.
- ⁷ Torres-Roman JS, Ronceros-Cardenas L, Valcarcel B, Bazalar-Palacios J, Ybaseta-Medina J, Carioli G, La Vecchia C, Alvarez CS. Cervical cancer mortality among young women in Latin America and the Caribbean: trend analysis from 1997 to 2030. *BMC Public Health.* 2022;22(1):113. doi: 10.1186/s12889-021-12413-0.
- ⁸ IHME. GBD Compare. [Internet]. Seattle [WA]: Institute for Health Metrics and Evaluation; [Última actualización: 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
- ⁹ Simas C, Munoz N, Arregoces L, Larson HJ. HPV vaccine confidence and cases of mass psychogenic illness following immunization in Carmen de Bolívar, Colombia. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(1):163-166. doi: 10.1080/21645515.2018.1511667.
- ¹⁰ OMS. Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [Última actualización 2024]. Disponible en: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hvp\)-vaccination-coverage?CODE=COL&ANTIGEN=&YEAR=-](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hvp)-vaccination-coverage?CODE=COL&ANTIGEN=&YEAR=-).
- ¹¹ Sarmiento-Medina MI, de Amaya MP, Villamizar-Gómez L, González-Coba AC, Guzmán-Barajas L. High-risk HPV prevalence and vaccination coverage among Indigenous women in the Colombian Amazon: implications for cervical cancer prevention. Cross-sectional study. *PLoS One.* 2024;19(2):e0297579. doi: 10.1371/journal.pone.0297579.
- ¹² CAC. Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama 2023. [Internet]. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; [Última actualización 2023]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/cancer/dia-mundial-de-la-lucha-contra-el-cancer-de-mama-2023/>.
- ¹³ Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Gil Quijano AM, Valbuena AM, Acuña L, González JA. Patterns of breast, prostate and cervical cancer incidence and mortality in Colombia: an administrative registry data analysis. *BMC Cancer.* 2020;20(1):1097. doi: 10.1186/s12885-020-07611-9.
- ¹⁴ Rangel V, Murillo R, Albergo G, Bruni L. Colombia: Human papillomavirus and related cancers, fact sheet. [Internet]. Barcelona: HPVWorld; [Última actualización en enero de 2022]. Disponible en: <https://www.hpvworld.com>, n.º de informe: 187.
- ¹⁵ OCDE. Primary health care for resilient health systems in Latin America. [Internet]. París: OECD Publishing; 2022. Disponible en: https://www.oecd.org/en/publications/primary-health-care-for-resilient-health-systems-in-latin-america_743e6228-en.html.
- ¹⁶ Lewis AGC, Hernandez DM, Garcés-Palacio IC, Soliman AS. Impact of the universal health insurance benefits on cervical cancer mortality in Colombia. *BMC Health Serv Res.* 2024;24(1):693. doi: 10.1186/s12913-024-10979-0.
- ¹⁷ Sarmiento-Medina MI, Velásquez-Jiménez CM, Ortiz-Hernández N. Experiences of a group of indigenous women from the Colombian Amazon with cervical cancer prevention screening. Qualitative study in the context of participatory research to reduce inequalities. *Ethn Health.* 2024;29(8):893-907. doi: 10.1080/13557858.2024.2387112.
- ¹⁸ Bermedo-Carrasco S, Peña-Sánchez JN, Lepnurm R, Szafron M, Waldner C. Inequities in cervical cancer screening among Colombian women: a multilevel analysis of a nationwide survey. *Cancer Epidemiol.* 2015;39(2):229-36. doi: 10.1016/j.canep.2015.01.011.
- ¹⁹ Bermedo-Carrasco S, Waldner CL. The role of socio-demographic factors in premature cervical cancer mortality in Colombia. *BMC Public Health.* 2016;16:981. doi: 10.1186/s12889-016-3645-1.

- ²⁰ Harker Roa A, Córdoba N, Boada A, Bowser DM, Shepard DS. World Bank Consortium: the big questions in forced displacement and health – Colombia country report. [Internet]. Nueva York [NY]: Columbia University; 2022. Disponible en https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/media/documents/2023-03/colombia_v2_1-compressed.pdf.
- ²¹ Chayo I, Uribe Perez CJ, De Vries E, Pinheiro PS. The impact of health insurance affiliation and socioeconomic status on cervical cancer survival in Bucaramanga, Colombia. *Cancer Epidemiol*. 2023;85:102375. doi: 10.1016/j.canep.2023.102375.
- ²² Arias-Ortiz N, Rodríguez-Betancourt JD, Toro-Toro JE, Navarro-Lechuga É, Jurado-Fajardo DM, Cárdenas-Garzón K, Sánchez-Vásquez GI. The impact of health inequities on population-based breast cancer survival in a Colombian population, 2008-2015. *Cancer Control*. 2024;31:10732748241244928. doi: 10.1177/10732748241244928.
- ²³ Britannica. Settlement patterns in Colombia. [Internet]. Chicago [IL]: The Britannica Group. Disponible en: <https://www.britannica.com/place/Colombia/Settlement-patterns>.
- ²⁴ OCDE. Rural policy review of Colombia 2022. [Internet]. París: OECD Publishing; 2022. Disponible en: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/11/rural-policy-review-of-colombia-2022_8312fa06/c26abeb4-en.pdf.
- ²⁵ Urrea Suescun MC, Garcés-Palacio IC, Soliman AS. Cancer mortality by ethnicity in Colombia between 2011 and 2022: a population-based study. *Int J Public Health*. 2025;70:1607975. doi: 10.3389/ijph.2025.1607975.
- ²⁶ Diaz Casas S, Lancheros García E, Sánchez Campo A, Sanchez Pedraza R, Roman Vasquez V, Angel Aristizabal J, Lehmann Mosquera C, Duarte Torres C, Vergel JC. Clinical behavior of triple negative breast cancer in a cohort of Latin American women. *Cureus*. 2019;11(6):e4963. doi: 10.7759/cureus.4963.
- ²⁷ Tiscoski KA, Giacomazzi J, Rocha MS, Gössling G, Werutsky G. Real-world data on triple-negative breast cancer in Latin America and the Caribbean. *Ecancermedicalscience*. 2023;17:1635. doi: 10.3332/ecancer.2023.1635.
- ²⁸ Huertas-Caro CA, Ramírez MA, Rey-Vargas L, Bejarano-Rivera LM, Ballen DF, Nuñez M, Mejía JC, Sua-Villegas LF, Cock-Rada A, Zabaleta J, Fejerman L, Sanabria-Salas MC, Serrano-Gomez SJ. Tumor infiltrating lymphocytes (TILs) are a prognosis biomarker in Colombian patients with triple negative breast cancer. *Sci Rep*. 2023;13(1):21324. doi: 10.1038/s41598-023-48300-4.
- ²⁹ Rey-Vargas L, Bejarano-Rivera LM, Serrano-Gómez SJ. Genetic ancestry is related to potential sources of breast cancer health disparities among Colombian women. *PLoS One*. 2024;19(6):e0306037. doi: 10.1371/journal.pone.0306037.
- ³⁰ Muslin C. Addressing the burden of cervical cancer for Indigenous women in Latin America and the Caribbean: a call for action. *Front Public Health*. 2024;12:1376748. doi: 10.3389/fpubh.2024.1376748.
- ³¹ Vivas MA. CAC: panorama del cáncer de mama en Colombia 2020. [Internet]. Bogotá: Consultorsalud; [Última actualización: 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/panorama-del-cancer-de-mama-en-colombia-2020/>.
- ³² Gamboa O, Cotes M, Valdivieso J, Henriquez G, Bobadilla I, Esguerra JA, Wiesner C. Estimation of the need for radiation therapy services according to the incidence of cancer in Colombia to 2035. *Adv Radiat Oncol*. 2021;6(6):100771. doi: 10.1016/j.adro.2021.100771.
- ³³ Sánchez-Cárdenas MA, León MX, Rodríguez-Campos LF, Vargas-Escobar LM, Cabezas L, Tamayo-Díaz JP, Piñeros AC, Mantilla-Manosalva N, Fuentes-Bermudez GP. Accessibility to palliative care services in Colombia: an analysis of geographic disparities. *BMC Public Health*. 2024;24(1):1659. doi: 10.1186/s12889-024-19132-2.
- ³⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en salud. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; [Última actualización en enero de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>.
- ³⁵ Viáfara-López CA, Palacios-Quejada G, Banguera-Obregón A. Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e77. doi: 10.26633/RPSP.2021.77.
- ³⁶ Bonilla-Sepulveda ÓA. Delays in the diagnosis and treatment of breast cancer in Medellín, Colombia. *Ginecol Obstet Mex*. 2022;90(12):943-950. doi: 10.24245/gom.v90i12.8114.
- ³⁷ Higueta-Gutiérrez LF, Estrada-Mesa DA, Cardona-Arias JA. Healthcare inequities experienced by patients with cancer: a qualitative study in Medellín, Colombia. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1983-1997. doi: 10.2147/PPA.S369628.
- ³⁸ Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña-Merchán LA, González-Díaz JA, Lopes G. National Cancer Information System within the framework of health insurance in Colombia: a real-world data approach to evaluate access to cancer care. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:1329-1340. doi: 10.1200/GO.21.00155.
- ³⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documents/Plan-Decenal-Cancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf.
- ⁴⁰ UICC. What is an effective national cancer control plan?. [Internet]. Ginebra: Union for International Cancer Control; [Última actualización: 30 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.uicc.org/news/what-effective-national-cancer-control-plan>.
- ⁴¹ Loggetto P, Ritter J, Marx K, Metzger ML, Lam CG. Equity in national cancer control plans in the region of the Americas. *Lancet Oncol*. 2022;23(5):e209-e217. doi: 10.1016/S1470-2045(22)00057-2.
- ⁴² Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2022-2031. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/pdccc.aspx#:~:text=El%20Plan%20Decenal%20de%20Salud,control%20del%20c%C3%A1ncer%20en%20Colombia..>
- ⁴³ Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2022-2031. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. Disponible en: https://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2022/Sectoriales/Plan_Decenal_Salud_2022-2031.pdf.

- ⁴⁴ Cuervo LG, Villamizar CJ, Cuervo D, Zapata P, Ospina MB, Valencia SM, Polo A, Suárez Á, Bula MO, Miranda JJ, Millan G, Cuervo DE, Owens NJ, Piquero F, Hatcher-Roberts J, Paredes GD, Navarro MF, Minotta IL, Palta C, Martínez-Herrera E, Jaramillo C; AMORE Project Collaboration. Improving accessibility to radiotherapy services in Cali, Colombia: cross-sectional equity analyses using open data and big data travel times from 2020. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):161. doi: 10.1186/s12939-024-02211-6. Fe de erratas en: *Int J Equity Health*. 2024;23(1):215. doi: 10.1186/s12939-024-02285-2. Fe de erratas en: *Int J Equity Health*. 2024;23(1):262. doi: 10.1186/s12939-024-02347-5.
- ⁴⁵ Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Velez-Mejia C, Perez-Bustos AH, Munoz-Zuluaga C, El-Sharkawy F, Parra-Lara LG, Córdoba P, Gallo D, Sittig M, King MC, Nieroda C, Zambrano-Vera K, Singer J. Overcoming barriers in the implementation of programs for breast and cervical cancers in Cali, Colombia: a pilot model. *J Glob Oncol*. 2019;5:1-9. doi: 10.1200/JGO.19.00054.
- ⁴⁶ C/Can. Our cities: Cali, Colombia. [Internet]. Ginebra: The City Cancer Challenge; n.d. Disponible en: <https://citycancerchallenge.org/city/cali/>.
- ⁴⁷ Zambrano Harvey A, Bonilla-Escobar FJ, Hidalgo A, Parra-Lara LG, Mendoza-Urbano DM, Zapata Izquierdo Z, Pacichana Quinayáz SG. Indigenous communities in Colombia: A cultural and holistic view of cancer management. *Int J Cancer*. 2023;152(7):1314-1319. doi: 10.1002/ijc.34410.
- ⁴⁸ Rodriguez J, Murillo R, Salgado Y, Puerto D, Sanchez Y, Gomez A, Wiesner C. Pilot implementation of HPV self-collection for cervical cancer screening in Colombia: challenges of non-organized programs. *Int J Gynecol Cancer*. 2023;33(Suppl 3):A353.2-A353. doi: 10.1136/ijgc-2023-ESGO.748.
- ⁴⁹ Blandón-Lotero LC, Jaramillo-Mejía MC. Communities on the move: community participation in health in rural territories of Buenaventura District in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19(1):129. doi: 10.1186/s12939-020-01239-8.
- ⁵⁰ Murillo R, Ojeda K, Solano J, Herrera MV, Sánchez O. The Colombian medical oncologists workforce. *J Glob Oncol*. 2019;5:1-4. doi: 10.1200/JGO.19.00221.
- ⁵¹ imPACT review report. Colombia. [Internet]. Lyon: Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer y Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: <https://www.iaea.org/sites/default/files/documents/review-missions/impact-review-colombia-nov2022.pdf>.

Si bien se ha hecho todo lo posible para verificar la exactitud de esta información, Economist Impact no puede aceptar ninguna responsabilidad ni obligación por la confianza depositada por cualquier persona en este informe ni en ninguna información, opinión o conclusión expuestas en este informe.

Los hallazgos y puntos de vista expresados en el informe no reflejan necesariamente los puntos de vista del patrocinador.



LONDRES

The Adelphi
1-11 John Adam Street
Londres WC2N 6HT
Reino Unido
Tel.: (44) 20 7830 7000
Correo electrónico:
london@economist.com

NUEVA YORK

The 900 Third Avenue
16th Floor
Nueva York, NY 10022
Estados Unidos
Tel.: (1.212) 554 0600
Fax: (1.212) 586 1181/2
Correo electrónico:
americas@economist.com

HONG KONG

1301
12 Taikoo Wan Road
Taikoo Shing
Hong Kong
Tel.: (852) 2585 3888
Fax: (852) 2802 7638
Correo electrónico:
asia@economist.com

GINEBRA

Rue de la Rôtisserie 11
1204 Ginebra
Suiza
Tel.: (41) 22 566 2470
Fax: (41) 22 346 93 47
Correo electrónico:
geneva@economist.com

DUBÁI

Office 1301a
Aurora Tower
Dubai Media City
Dubái
Tel.: (971) 4 433 4202
Fax: (971) 4 438 0224
Correo electrónico:
dubai@economist.com

SINGAPUR

8 Cross Street
#23-01 Manulife Tower
Singapur
048424
Tel.: (65) 6534 5177
Fax: (65) 6534 5077
Correo electrónico:
asia@economist.com

SÍDNEY

Level 14, Unit #138,
5 Martin Place, Sídney
Australia.
Tel.: (61) 2 8551 0023
Correo electrónico:
asia@economist.com

GURUGRAM

Skootr Spaces, Unit No. 1
12th Floor, Tower B
Building No. 9
Gurugram - 122002
India
Tel.: (91) 124 6409 300
Correo electrónico:
asia@economist.com