

## Ruta Rosa de Cáncer de Seno (RRCS): una propuesta para la navegación de pacientes oncológicos en Montería, Córdoba

### *Breast Cancer Pink Route (RRCS): a proposal for the navigation of cancer patients in Montería, Córdoba*

Tabares-Acosta, Natalia (1) | Villegas-Pulido, Camilo (1) | Vallejo-Caiza, Isabella (1) | Saavedra-Velandia, Saray Fernanda (1) | Zamudio-Díaz, Mariana (1) | Palencia-Sánchez, Francisco (1)

#### Pertenencia institucional

(1) Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Javeriana,  
Colombia.

#### Correspondencia

fpalencia@javeriana.edu.co

#### ORCID

Tabares-Acosta  
0009-0006-1842-7434  
Villegas-Pulido  
0009-0000-0761-6375  
Vallejo-Caiza  
0009-0000-3146-9125  
Saavedra-Velandia  
0009-0000-0856-1257  
Zamudio-Díaz  
0009-0009-3622-4894  
Palencia-Sánchez  
0000-0002-8126-7748

#### Resumen

El cáncer de mama persiste como una de las principales causas de mortalidad y morbilidad femenina en Colombia, situación que se acentúa en regiones como Montería, Córdoba, donde persisten limitaciones sociales, económicas, geográficas y administrativas que afectan el acceso y la continuidad del cuidado oncológico. El objetivo de este estudio fue identificar las principales barreras de acceso relacionadas con el cáncer de mama y plantear una propuesta de navegación de pacientes adaptada al contexto regional. Se efectuó una revisión de literatura en bases de datos científicas y literatura gris, complementada con una entrevista semi-estructurada a un representante de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba. Conforme a lo anterior, se lograron identificar fenómenos como retrasos significativos en el proceso diagnóstico-terapéutico, baja cobertura de tamizaje y múltiples barreras estructurales que terminan favoreciendo el diagnóstico en estadios avanzados. Como resultado, se propuso la navegación de pacientes Ruta Rosa del Cáncer de Seno (RRCS), enfocada en fortalecer la detección temprana, agilizar el acceso a los servicios de salud y optimizar el acompañamiento integral de las pacientes mediante estrategias como navegación oncológica, estratificación del riesgo, rutas prioritarias y telemedicina. Se concluye que la implementación de estrategias integrales y adaptadas al contexto regional contribuirá a mejorar el acceso oportuno y la calidad de la atención oncológica.

#### Palabras clave:

Neoplasias de la mama; Navegación de pacientes; Accesibilidad a los servicios

#### Abstract

Breast cancer remains a leading cause of mortality and morbidity among women in Colombia, a situation exacerbated in regions like Montería, Córdoba, where social, economic, geographic, and administrative limitations persist, affecting access to and continuity of cancer care. The objective of this study was to identify the main barriers to access related to breast cancer and to propose a patient navigation plan adapted to the regional context. A literature review was conducted using scientific databases and grey literature, complemented by a semi-structured interview with a representative of the League Against Cancer – Córdoba Chapter. Based on this review, phenomena such as significant delays in the diagnostic-therapeutic process, low screening coverage, and multiple structural barriers were identified, ultimately leading to diagnosis at advanced stages. As a result, the Breast Cancer Pink Route (RRCS) patient navigation system was proposed, focused on strengthening early detection, streamlining access to health services, and optimizing comprehensive patient support through strategies such as cancer navigation, risk stratification, priority pathways, and telemedicine. It is concluded that the implementation of comprehensive strategies adapted to the regional context will contribute to improving timely access to and the quality of cancer care.

#### Key words:

Breast neoplasms; Patient navigation; Health services accessibility

## **Ruta Rosa de Cáncer de Seno (RRCS): una propuesta para la navegación de pacientes oncológicos en Montería, Córdoba**

### **Ruta Rosa de Cáncer de Seno (RRCS): A Proposal for Oncology Patient Navigation in Montería, Córdoba**

Natalia Tabares-Acosta<sup>1</sup>, Camilo Villegas-Pulido<sup>1</sup>, Isabella Vallejo-Caiza<sup>1</sup>, Saray Fernanda Saavedra-Velandia<sup>1</sup>, Mariana Zamudio-Díaz<sup>1</sup>, Francisco Palencia-Sánchez<sup>1</sup>

1. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana

#### **Resumen**

El cáncer de mama persiste como una de las principales causas de mortalidad y morbilidad femenina en Colombia, situación que se acentúa en regiones como Montería, Córdoba, donde persisten limitaciones sociales, económicas, geográficas y administrativas que afectan el acceso y la continuidad del cuidado oncológico. El objetivo de este estudio fue identificar las principales barreras de acceso relacionadas con el cáncer de mama y plantear una propuesta de navegación de pacientes adaptada al contexto regional. Se efectuó una revisión de literatura en bases de datos científicas y literatura gris, complementada con una entrevista semi-estructurada a un representante de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba. Conforme a lo anterior, se lograron identificar fenómenos como retrasos significativos en el proceso diagnóstico-terapéutico, baja cobertura de tamizaje y múltiples barreras estructurales que terminan favoreciendo el diagnóstico en estadios avanzados. Como resultado, se propuso la navegación de pacientes Ruta Rosa del Cáncer de Seno (RRCS), enfocada en fortalecer la detección temprana, agilizar el acceso a los servicios de salud y optimizar el acompañamiento integral de las pacientes mediante estrategias como navegación oncológica, estratificación del riesgo, rutas prioritarias y telemedicina. Se concluye que la implementación de estrategias integrales y adaptadas al contexto regional contribuirá a mejorar el acceso oportuno y la calidad de la atención oncológica.

#### **Palabras clave (términos MeSH/DeCS):**

Neoplasias de la mama, navegación de pacientes, accesibilidad a los servicios de salud, tamizaje masivo, Colombia, América Latina

#### **Abstract**

Breast cancer remains one of the leading causes of female mortality and morbidity in Colombia, a situation that is further exacerbated in regions such as Montería, Córdoba, where persistent social, economic, geographic, and administrative limitations affect access to and continuity of oncological care. The aim of this study was to identify the main access barriers related to breast cancer and to propose a patient navigation model adapted to the regional context. A literature review was conducted using scientific databases and grey literature, complemented by a semi-structured interview with a representative of the

Córdoba League Against Cancer. Based on these findings, phenomena such as significant delays in the diagnostic-therapeutic process, low screening coverage, and multiple structural barriers that ultimately favor diagnosis at advanced stages were identified. As a result, the Ruta Rosa del Cáncer de Seno (RRCS) patient navigation model was proposed, focused on strengthening early detection, expediting access to healthcare services, and optimizing comprehensive patient support through strategies such as oncological navigation, risk stratification, priority care pathways, and telemedicine. It is concluded that the implementation of comprehensive strategies adapted to the regional context would contribute to improving timely access to and the quality of oncological care.

**Keywords (MeSH/DeCS terms):**

Breast neoplasms, patient navigation, health services accessibility, mass screening, Colombia, Latin America

## Introducción

Para el año de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 2.3 millones de mujeres habían sido diagnosticadas con cáncer de seno y que la mortalidad ascendía a 670,000 defunciones (1). Los avances de las últimas décadas en los procesos de prevención, diagnóstico y control del cáncer de seno en países de altos ingresos han permitido que su incidencia se haya estabilizado y que exista una tendencia general a la baja con respecto a la mortalidad (2). Sin embargo, este mismo comportamiento no se ve reflejado en la situación de los países de medianos-bajos ingresos, especialmente los ubicados en el hemisferio sur (3). Actualmente, una cantidad predominante de las muertes atribuidas a cáncer de seno afectan a mujeres de estos países, donde el acceso reducido a un proceso diagnóstico y terapéutico oportuno genera que la mayoría de los pacientes sean identificados en etapas patológicas avanzadas (4). En América Latina, el cáncer de seno se mantiene como la neoplasia más frecuente en mujeres y se ha presentado un crecimiento alarmante en la carga de enfermedad con respecto a regiones con mayores ingresos (5). La disparidad epidemiológica entre ambos grupos radica en la existencia de barreras sociales que limitan el acceso equitativo a los servicios de salud. Factores como la desigualdad económica, la discriminación racial y la burocracia excesiva condicionan la historia natural de cada paciente con cáncer de seno y solo abordando estos limitantes se podrá mejorar el pronóstico de aquellos que experimentan la enfermedad (6).

En Colombia, el cáncer de seno es la patología oncológica más frecuentemente diagnosticada y se posiciona como la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina, lo que la consolida como una enfermedad de alto interés para la salud pública (7). Según los datos del Observatorio Mundial del Cáncer (GLOBOCAN), en el año 2024 fueron reportados más de 17000 casos incidentes y 4700 fallecimientos atribuibles a esta enfermedad (8). Adicionalmente, la Cuenta de Alto Costo (CAC) para el año 2022 estimó que el acceso a la mamografía de tamizaje en la población objetivo fue inferior al 25%, significativamente por debajo del 70% fijado como meta esperada (9). Aunque existe un cubrimiento universal en salud en la normativa del país, la fragmentación de los sistemas

sanitarios, el desconocimiento sobre las rutas de atención para pacientes oncológicos y los tiempos de espera prolongados conllevan desenlaces adversos para la población con cáncer de seno (10). El Plan Decenal del Control del Cáncer 2022-2031, desarrollado a efectos de la Resolución 2367 de 2023, es una estrategia que busca incluir la optimización del manejo de las enfermedades oncológicas en la agenda estatal. En este proyecto se reconoce la definición de metas y acciones concretas para facilitar el acceso al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de seno; sin embargo, todavía existen limitaciones claras en su proceso de implementación (11,12). Como ejemplo, una paciente con alta sospecha clínica de cáncer de seno puede tardar en promedio 104.5 días hasta obtener confirmación histológica por medio de una biopsia del tejido mamario (13).

Las barreras no se limitan al abordaje inicial de la enfermedad, sino que se extienden hasta modificar dramáticamente su trayectoria. Según un estudio de corte transversal realizado por Valbuena et. al en el contexto de cáncer de seno de instauración temprana, el periodo medio para acceder al tratamiento inicial desde el diagnóstico histológico es superior a las 8 semanas, lo que supera con creces los plazos establecidos para disminuir la probabilidad de recurrencia y mortalidad (14,15). Bajo esta perspectiva, se considera oportuno el desarrollo de programas de navegación de pacientes para la población con cáncer de seno en Colombia, especialmente en regiones históricamente afectadas por fenómenos como el conflicto armado, la pobreza económica y el desplazamiento forzado (16).

En el departamento de Córdoba, particularmente en Montería como principal centro de referencia oncológica regional, las desigualdades descritas a nivel nacional frente al cáncer de mama son evidentes. Aunque existe una limitada disponibilidad de literatura epidemiológica sobre esta región durante los últimos años, los reportes recientes de la Gobernación de Córdoba estiman entre 200 y 380 casos anuales de cáncer de mama en el departamento durante el último sexenio, consolidándose como una de las principales neoplasias en mujeres y una importante causa de morbimortalidad. Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) departamental de 2019, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Córdoba fue de 10,8 muertes por cada 100.000 mujeres, mientras que en Montería alcanzó 13,5 muertes por cada 100.000 mujeres. Asimismo, entre 2005 y 2017, el cáncer de mama se constituyó como la principal causa de muerte por neoplasias malignas en la población femenina del departamento, con una tasa ajustada de 9,75 por 100.000 habitantes. De igual manera, durante este período se reportaron 97.502 años de vida potencialmente perdidos asociados a neoplasias malignas, reflejando una elevada carga de enfermedad y un impacto sustancial en la expectativa de vida de las mujeres en esta región (17,18).

Frente a este contexto, se enfatiza en la importancia de establecer programas que aborden las necesidades y recursos disponibles en cada población, buscando fortalecer estrategias que reduzcan las barreras en el abordaje integral del cáncer de mama. Enfocándose en la población de Montería, el presente trabajo pretende desarrollar una ruta de navegación como herramienta para disminuir tiempos de espera, pérdidas en el seguimiento oncológico y generar un impacto en la supervivencia global de estas pacientes, considerando las condiciones propias de la región. Es llamativa la escasa cantidad de producción científica en torno a la epidemiología, las barreras de acceso, los tiempos de latencia para avanzar en el continuo de diagnóstico-tratamiento y las necesidades particulares de los pacientes de Córdoba, lo que hace aún más relevante esta propuesta de salud pública.

## Marco teórico

El Sistema de Salud en Colombia está constituido por un extenso sector de seguridad social que recibe financiamiento público, al igual que un componente privado en descenso (19). La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es obligatoria y se administra por entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, las cuales ofrecen una amplia gama de servicios consignados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) (20). Tomando como eje el principio de pluralismo estructural, existen dos estrategias de aseguramiento: el régimen contributivo, al que pertenecen todos los trabajadores que reciben ingresos iguales o superiores al salario mínimo legal vigente (SMLV); y el régimen subsidiado, que respalda a todas las personas que no son cubiertas por el régimen contributivo (21). Ambos modelos de afiliación trabajan con instituciones prestadoras de salud (IPS) públicas y privadas para solventar las necesidades en salud de la población, brindando a sus usuarios la posibilidad de acceder a servicios de alta calidad con un costo de bolsillo reducido (22).

Por otro lado, los programas de navegación de pacientes son un conjunto de intervenciones en salud que buscan proveer apoyo logístico y emocional a poblaciones con enfermedades debilitantes, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. De acuerdo con Wells *et al.*, se deben cumplir cinco características para que una intervención sea considerada como un programa de navegación de paciente (ver Anexos: Tabla 1) (23,24)(23). Desde su concepción, este tipo de iniciativas se ha consolidado como una estrategia efectiva para asistir a los pacientes que cursan con patologías oncológicas, sus familias y cuidadores (25)(24). Su objetivo primario radica en alcanzar mejores desenlaces en salud a partir de una atención personalizada y sobreponiéndose a las barreras que enfrentan los pacientes en continuo del cuidado del cáncer (26)(25,26). Como resultado, se incrementa el acceso a un diagnóstico oportuno, la adherencia de los pacientes al tratamiento, la asistencia a las citas médicas de control y la satisfacción general de los usuarios, al igual que la relación de costo-efectividad de las terapias antineoplásicas (27,28)(27,28).

Un aspecto determinante es el rol del Instituto Médico de Alta Tecnología Oncomédica (IMAT), una clínica de alta complejidad que se ha posicionado como el referente del departamento de Córdoba en la atención de los pacientes con cáncer (29)(30). Con más de 20 años de experiencia, esta institución cuenta con una múltiples especialidades médicas, herramientas diagnósticas y tecnologías terapéuticas que benefician a miles de pacientes de distintas regiones del país (30)(41).

## Metodología

### Diseño del estudio:

El estudio se llevará a cabo en tres fases. En primer lugar, se realizará una revisión rápida de la literatura; posteriormente, se aplicará una entrevista semi-estructurada; y, por último, se diseñará una ruta de navegación de pacientes.

### Población de estudio:

Mujeres adultas (> 18 años), con factores de riesgo o diagnóstico para cáncer de mama, provenientes de Colombia u otros países de América Latina.

**Criterios de inclusión de documentos:**

- Sexo: mujeres.
- Edad: > 18 años.
- Tipo de evidencia: cualitativa, cuantitativa y mixta.
- Periodo de publicación: 2021-2026.
- Lugar de publicación: Colombia y otros países de América Latina.
- Accesibilidad: texto completo disponible.

**Criterios de exclusión de documentos:**

- Poblaciones pediátricas o con diagnóstico de un tipo de cáncer diferente al de seno.
- Textos no correspondientes a población oncológica.
- Fecha de publicación antes del 10/05/2021 o después del 15/05/2026.
- Estudios que no implementan planes de navegación de pacientes o que no están directamente relacionados con el rol de los navegadores de pacientes para cáncer de seno.
- Reportes de caso individuales.

**Fuentes de información:**

Se realizó una revisión rápida de literatura centrada en las barreras de acceso a los servicios de salud relacionados al cuidado de cáncer en Montería-Córdoba y el uso de programas de navegación de pacientes oncológicos en entornos similares. Por ende, se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos en cinco bases de datos: PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO, Ebsco y Google académico. Se revisaron fuentes en español, inglés y portugués, publicadas entre los años 2021 y 2025 para garantizar que fueran actualizadas y comparables con la población de estudio, de Colombia u otros países de América Latina, obtenidas a partir del modelo PICO formulado para construir la pregunta de investigación y coordinar la búsqueda bibliográfica. No se tuvieron en cuenta resultados con acceso restringido o datos insuficientes. Fueron incluidas: revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios observacionales, estudios descriptivos, guías de práctica clínica y programas-modelos enfocados en la detección temprana del cáncer de seno; igualmente, se consultaron fuentes de literatura gris como páginas gubernamentales, periódicos locales y tesis universitarias. Los términos utilizados en la estrategia de búsqueda incluyeron palabras clave, términos MeSH/DeCS. Estos fueron elegidos con el fin de recuperar literatura pertinente para el objeto de estudio, conservando un equilibrio entre la sensibilidad y especificidad, con un foco especial en los medios de detección temprana del cáncer de seno en escenarios donde los recursos son limitados. Los descriptores utilizados fueron: breast cancer, patient navigation, barriers to access, Colombia, Cordoba, Monteria y Latin America. Se consideraron posibles sinónimos y variaciones lingüísticas de cada descriptor para construir las ecuaciones de búsqueda (ver Anexos: Tabla 2).

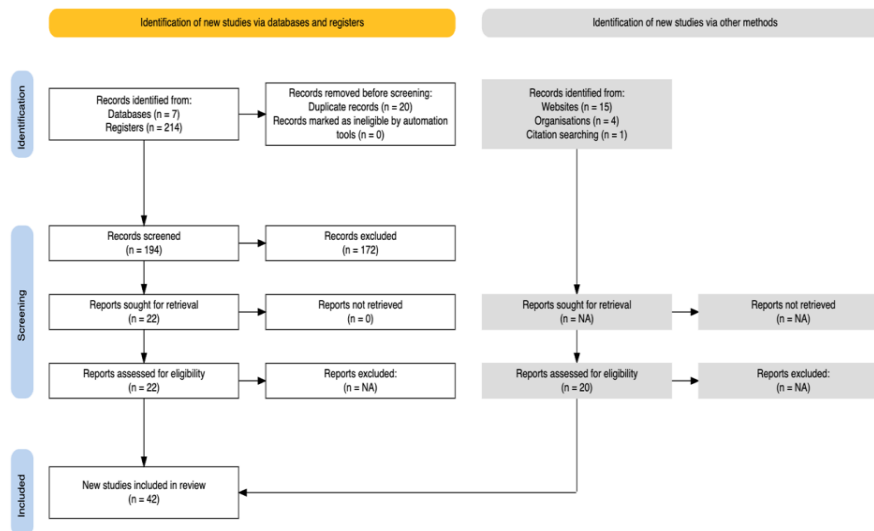
De forma complementaria, se realizó un estudio exploratorio mediante una entrevista semi-estructurada a un representante de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba (LCCSC), una organización sin ánimo de lucro la cual tiene como objetivo promover la educación sobre el cáncer, dar a conocer estrategias de prevención y realizar procesos de tamizaje (31)(29). La selección fue obtenida a partir de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como mecanismo de recolección de datos, se utilizó una guía de entrevista diseñada por los investigadores para explorar percepciones y barreras en el acceso a los

servicios de salud correspondientes al cuidado del cáncer de seno. En este instrumento se incluyeron: factores sociodemográficos, limitaciones en el acceso a programas de prevención, tiempo de espera, comunicación con especialistas, barreras geográficas y percepción global del sistema de salud (ver entrevista en Anexos). La entrevista fue transcrita y sometida a un análisis temático, identificando patrones y categorías relevantes para el fin del estudio.

**Procesamiento de la información y elaboración de la propuesta:**

La elegibilidad de los datos fue evaluada por dos autores de forma independiente a partir de la revisión de los títulos y abstracts de los documentos recuperados. Este enfoque permitió eliminar los estudios que no cumplieran con los criterios de inclusión o que carecían de información relevante para la elaboración del proyecto. En los casos en lo que se presentó algún desacuerdo, se resolvió por medio del diálogo entre los autores. Posteriormente, otros participantes se encargaron de recuperar y leer los textos completos que fueron incluidos en la revisión. Ya habiendo seleccionado los artículos, se realizaron dos tablas con ayuda de herramientas de IA (Reading Assistant GenAI y ChatGPT) para establecer 8 categorías que permitieran resumir el aporte de estos a la revisión (ver Anexos: Tabla 3 y 4).

Con base en los hallazgos obtenidos, se elaboró una propuesta de plan de navegación para pacientes con y/o en riesgo de padecer cáncer de mama en Montería, Córdoba, enfocada en mejorar la detección temprana, optimizar el acceso a los servicios de salud y reducir las barreras administrativas, geográficas y sociales presentes durante el proceso de atención oncológica.



**Figura 1.** Flujograma PRISMA. Elaboración propia a partir de la declaración PRISMA 2020 (55)

**Consideraciones éticas:**

El estudio se clasifica como una investigación sin riesgo o de riesgo mínimo a partir del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, dado que emplea revisión documental y entrevista semi-estructurada, sin intervención directa sobre variables biológicas o psicológicas de las participantes.

**Resultados**

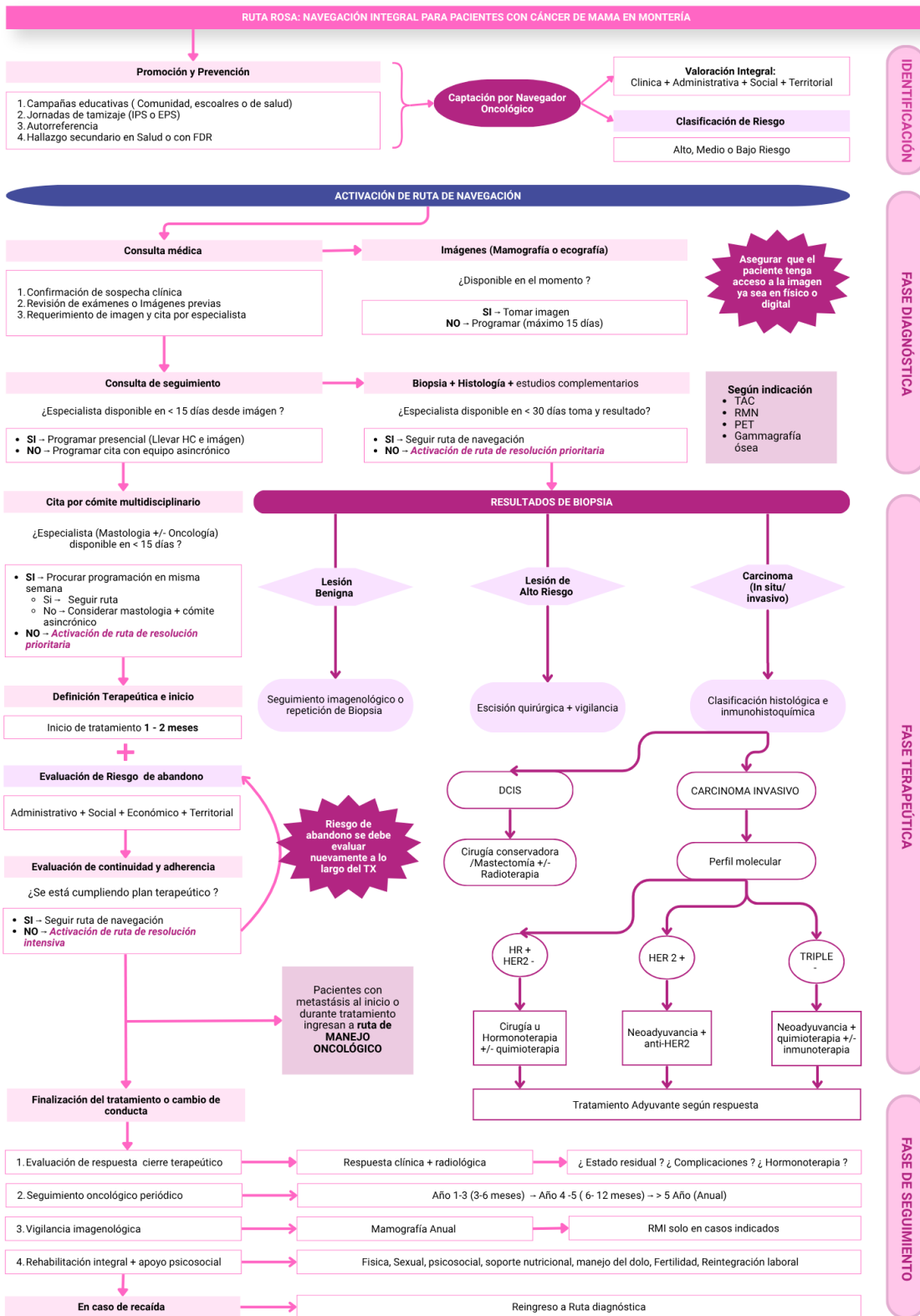
El cáncer de seno es una enfermedad con alta carga en la población colombiana, razón por la que las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) plantean un proceso secuencial y estructurado para atención oncológica integral. En Montería, se cuenta con 89 IPS para detección temprana, 11 IPS para seguimiento por consulta externa y 6 IPS para realización de procedimientos quirúrgicos menores(30) (52). Asimismo, existen programas específicos para hacer frente a esta patología. La Alcaldía de Montería y la Secretaría de Salud han impulsado jornadas educativas como la campaña “Porque las quiero, las cuido”, enfocada en promover el autoexamen de seno, reconocer signos de alarma y sensibilizar a la población sobre la importancia de la detección temprana, en alianza con la LCCSC (32). Del mismo modo, en Córdoba se implementó la estrategia “Todos en Red”, desarrollada entre la Gobernación y el IMAT, con el objetivo de ampliar el acceso integral en cáncer de seno y otros tipos de cáncer (31). Instituciones como Umbral Oncológicos y Fundación Amigos de La Salud participan en la atención de pacientes oncológicos mediante servicios especializados y apoyo interdisciplinario(30-35) (53,54).

No obstante, aunque exista infraestructura y personal de salud capacitado, esto no garantiza una prestación oportuna, eficiente o suficiente para considerarse una atención óptima. En Montería, territorio caracterizado por profundas desigualdades sociales, persisten importantes limitaciones estructurales que restringen el acceso efectivo a los servicios de salud. Según datos del DANE en 2018, el 18,8% de la población presenta necesidades básicas insatisfechas (NBI), cifra que asciende al 46,1% en las zonas rurales. Estas brechas se reflejan también en la cobertura de servicios básicos, pues mientras el acceso urbano al acueducto alcanza el 95,1%, en el sector rural apenas llega al 26,2%, evidenciando inequidades territoriales que impactan directamente el acceso a atención médica oportuna (36,37). Adicionalmente, la crisis reciente del sistema de salud local ha quedado reflejada en las más de 3.000 quejas registradas en 2025 por fallas en la prestación del servicio (38). En este contexto, se favorecen tanto la aparición de la enfermedad como las dificultades en su atención integral(36-38).

Diversos estudios realizados en Córdoba muestran que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama presentan condiciones de alta vulnerabilidad social, económica y territorial, en un contexto donde la pobreza monetaria supera el promedio nacional, alcanzando cerca del 46,8% de la población (39)(18,39). Factores como pertenecer al régimen subsidiado, vivir en estratos socioeconómicos bajos, tener bajo nivel educativo y residir en zonas alejadas limitan el acceso oportuno a estrategias de prevención, tamización y diagnóstico temprano. *Ergo*, muchas pacientes son diagnosticadas en estadios clínicos avanzados,

situación que coincide con reportes nacionales donde aproximadamente un tercio de los casos se detectan en estadios III-IV en pacientes principalmente en la 5ta década de la vida, disminuyendo el pronóstico y expectativa de vida (39-41)(40,41). A estas dificultades se suman barreras económicas y administrativas que afectan la continuidad del tratamiento. A pesar de estar aseguradas, muchas mujeres deben asumir gastos de bolsillo relacionados con exámenes diagnósticos, transporte, alimentación o tratamiento mientras obtienen autorizaciones o respuestas judiciales, lo que retrasa el inicio del manejo oncológico (39)(43).

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en la revisión de la literatura y estableciendo como prioridad la integración con el Plan Decenal del Control del Cáncer 2022-2031, al igual que las iniciativas de la LCCSC, se desarrolla una propuesta de ruta de navegación para los pacientes en riesgo o con diagnóstico de cáncer de seno en la ciudad de Montería denominado "Ruta Rosa del Cáncer de Seno" (RRCS) (Ver figura 2).



**Figura 2.** Ruta de Navegación propuesta para Cáncer de Seno en Montería, Córdoba. Elaboración propia

Esta consiste en 4 etapas secuenciales y complementarias, cuyo objetivo radica en disminuir las barreras de acceso a los medios diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento de la patología, optimizar los desenlaces clínicos y mejorar la experiencia de enfermedad de la población objetivo. La propuesta se efectúa teniendo en cuenta la distribución equitativa de los recursos sociales, humanos, económicos y de infraestructura disponibles para la comunidad monteriana, sin desconocer el derecho de los pacientes a recibir una atención médica oportuna y de alta calidad (42)(42). En los apartados siguientes se describen los lineamientos generales de cada una de las etapas:

1. Identificación de pacientes: comprende actividades de captación temprana, valoración integral y estratificación del riesgo en personas con sospecha clínica o factores asociados a cáncer de mama. Este proceso se realiza mediante estrategias de promoción y prevención como campañas educativas, jornadas de tamizaje, autorreferencia de pacientes sintomáticas y hallazgos incidentales en atención primaria. Estas actividades ya existen en Montería, el objetivo se centra en no limitarlas al ámbito urbano, sino incluir al sector rural (43)31,32).

Las pacientes seleccionadas serán sometidas a una valoración integral multidimensional coordinada por un navegador oncológico, encargado de articular los componentes clínicos, administrativos, sociales y territoriales del proceso asistencial. La estratificación del riesgo se realizará mediante una herramienta de elaboración propia orientada a identificar el grado de complejidad clínica y las barreras individuales de acceso asociadas con diagnóstico tardío, retrasos terapéuticos y pérdida de continuidad asistencial. Estrategias similares, como la implementada en el Hospital de Clínicas de Porto Alegre en 2023, han demostrado reducir los tiempos de inicio del tratamiento oncológico y mejorar la adherencia al cuidado (44)(44). Según el puntaje obtenido en la estratificación, las pacientes serán direccionadas a tres niveles de intervención (Ver figura 3). Adicionalmente, en caso de alto riesgo se propone La Ruta de atención Prioritaria (Figura 4), una estrategia intensiva orientada a resolver barreras críticas en el acceso y continuidad de la atención oncológica en sus diferentes etapas. Su implementación requiere la articulación entre prestadores de salud, trabajo social y entidades territoriales, con el fin de optimizar los procesos administrativos e intervenir factores socioeconómicos que comprometan el abordaje integral del cáncer de mama.

Clasificación de Riesgo				
Dimensión evaluada	Criterio	0 puntos	1 punto	2 puntos
<b>Barreras territoriales / geográficas</b>	Accesibilidad física al servicio de salud	Reside en zona urbana con acceso directo	Reside en zona periurbana o requiere desplazamiento moderado	Reside en zona rural dispersa, corregimiento lejano o depende de transporte informal
<b>Barreras administrativas</b>	Facilidad de acceso institucional	Autorizaciones activas y ruta clara	Riesgo potencial de retraso administrativo	Demoras confirmadas, negaciones o fragmentación EPS-IPS
<b>Vulnerabilidad socioeconómica</b>	Capacidad para asumir costos indirectos	Cuenta con estabilidad económica	Dificultades parciales para transporte/ alimentación	Alta vulnerabilidad económica, imposibilidad de cubrir gastos básicos asociados
<b>Soporte psicosocial</b>	Red de apoyo y capacidad de afrontamiento	Red familiar sólida y comprensión adecuada	Apoyo parcial o comprensión limitada del proceso	Ausencia de acompañamiento, baja alfabetización en salud o afectación emocional significativa
<b>Riesgo clínico</b>	Prioridad médica del caso	Baja sospecha o condición estable	Sospecha moderada / necesidad diagnóstica prioritaria	Alta sospecha oncológica, signos de progresión o necesidad terapéutica urgente

Puntaje acumulado	Nivel de riesgo	Tipo de intervención	Acciones
0-3 puntos	Riesgo bajo	Seguimiento estándar con monitoreo periódico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educación inicial sobre la ruta asistencial</li> <li>Seguimiento programado</li> <li>Confirmación periódica de citas y procedimientos</li> </ul>
4-6 puntos	Riesgo intermedio	Navegación reforzada con seguimiento semanal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monitoreo activo del cumplimiento de la ruta</li> <li>Verificación administrativa frecuente</li> <li>Intervención preventiva ante posibles retrasos</li> </ul>
7-10 puntos	Riesgo alto	Activación inmediata de ruta prioritaria de resolución de barreras	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escalamiento institucional inmediato</li> <li>Gestión directa con EPS e IPS</li> <li>Activación de trabajo social</li> <li>Apoyo psicooncológico prioritario</li> <li>Seguimiento intensivo hasta resolución de barreras</li> </ul>

**Figura 3.** Escala de Riesgo según determinantes y barreras socioeconómicas.  
Elaboración propia

## RUTA DE ATENCIÓN PRIORITARIA

Mecanismo de respuesta intensiva liderado por la navegadora oncológica destinado a intervenir de forma inmediata ante barreras críticas administrativas, territoriales, socioeconómicas o clínicas que comprometan la oportunidad diagnóstica o terapéutica de pacientes con cáncer de mama.



### criterio de cierre

La RAP finaliza cuando:

- Se resuelve la barrera
- La paciente retoma continuidad asistencial
- Se reubica en seguimiento estándar o reforzado

**Figura 4.** Propuesta de RAP – Ruta de Atención Prioritaria Elaboración propia

2. Fase diagnóstica: comienza desde la activación formal de la RRCS y busca garantizar una confirmación oportuna valiéndose de la integración de múltiples exámenes que se encuentran disponibles en la ciudad de Montería. El primer contacto corresponde a la consulta médica inicial con medicina general. Prima el objetivo de confirmar la

sospecha, establecer si son necesarias pruebas complementarias y remitir al paciente con un médico especialista para continuar su proceso diagnóstico. Un programa de navegación de pacientes implementado en 2023 en un centro de alta complejidad de Cali, destacó el papel del médico general como primer punto de contacto en la ruta de atención del cáncer de mama, resaltando la importancia de una anamnesis completa, un adecuado examen clínico mamario y la remisión oportuna a atención especializada (16)16,51). Posteriormente, las pacientes serán direccionadas a la realización de imágenes diagnósticas, incluyendo mamografía y/o ecografía mamaria según la indicación clínica. Se considera designar el IMAT y la LCCSC como los principales centros para toma de pruebas imagenológicas basado en su amplia disponibilidad de medios diagnósticos claves en la patología oncológica de mama, al igual que personal ampliamente capacitado para su interpretación y correlación clínica (45)(33-35,45). De forma complementaria, las pacientes tendrán un acceso guiado a sus imágenes y resultados, tanto en formato físico como digital, para así evitar pérdidas de información y duplicaciones de los estudios.

Una vez obtenidos los resultados de las imágenes, se concertará una consulta de seguimiento con un especialista en ginecología y/o salud mamaria para definir conductas diagnósticas adicionales. Si bien la estrategia privilegia la reunión presencial con el especialista en un periodo menor a 15 días desde la toma de los exámenes, hay circunstancias donde el alto volumen de pacientes impide obtener una cita a corto plazo. De no ser posible, se procederá a activar un modelo de evaluación asincrónica coordinada por personal entrenado en este tipo de atención. El uso de la telemedicina se ha venido consolidando como una herramienta fundamental en contextos donde los recursos en salud son limitados, permitiendo superar barreras geográficas, disminuir los costos asociados al desplazamiento y el ausentismo a las citas de seguimiento (46)(46). Como evidencia, una revisión sistemática sobre el uso de telemedicina en el manejo del cáncer de seno para el año 2022 reporta que el 88% de los estudios analizados encontraron efectos positivos en la salud física y mental de las pacientes, al igual que en su calidad de vida y percepción de la imagen corporal (47)(47). En pacientes con alta sospecha de patología neoplásica tomarán biopsias del tejido mamario para confirmación por microscopía. A continuación, se agendará una revaloración con el especialista en ginecología y/o salud mamaria para análisis de resultados en los 30 días siguientes a la obtención de los resultados; en caso contrario, se activará la RAP para agilizar el proceso. La conducta para seguir dependerá de los hallazgos en la biopsia de mama (Ver figura 2).

3. Fase de tratamiento: posterior a la confirmación del diagnóstico oncológico, se agendará una valoración con un equipo multidisciplinario en la atención integral del cáncer de mama para definir plan terapéutico. El trabajo multidisciplinario desde el inicio del tratamiento ha demostrado mejorar los desenlaces clínicos en términos de supervivencia, recurrencia tumoral, adherencia y satisfacción de los pacientes frente a su proceso de atención (48)(48). Un metaanálisis sobre el impacto de las “juntas de tumores” en el cuidado del cáncer de mama encontró una reducción estadísticamente significativa del 14% en el riesgo relativo de mortalidad de los pacientes inscritos a programas con un abordaje interdisciplinar, a comparación de los que seguían un manejo aislado convencional (49)(49). En el contexto de la RRCS, se define que el

tiempo de espera óptimo para este paso no debe superar 15 días desde la entrega de resultados. Se procurará que las pacientes sean valoradas en el transcurso de esa misma semana de existir disponibilidad; de lo contrario, se evaluará la posibilidad de ofrecer una atención conjunta asincrónica entre el especialista en mastología y los demás integrantes del equipo multidisciplinario. Únicamente en aquellos casos en los que ninguna de las dos alternativas se encuentre disponible se hará activación de la RAP.

De modo subsecuente, deberá realizarse la definición terapéutica e inicio del tratamiento antineoplásico máximo de 1 a 2 meses desde el diagnóstico (Ver Fig. 2) Como parte de sus componentes operativos fundamentales, la RRCS implementará un sistema de monitoreo continuo del riesgo de abandono (reclasificación del riesgo) de las etapas de diagnóstico y tratamiento, liderado por el navegador oncológico asignado a cada paciente desde su ingreso a la iniciativa. De no cumplir con el plan individual establecido, se redireccionará a las pacientes a la RAP. Se considera que el abordaje de pacientes con enfermedad metastásica y/o compromiso locorregional avanzado excede el alcance y los objetivos planteados para la presente ruta. En consecuencia, se promueve el desarrollo futuro de estrategias de navegación específicas y diferenciadas para esta población en específico.

4. Fase de seguimiento: se ha de instaurar desde la finalización del tratamiento oncológico propuesto o al tomar la decisión de reorientar los esfuerzos terapéuticos. Consta de 4 pilares desde evaluación clínica y radiológica hasta reintegración social, apoyo psicológico, atención de fertilidad, manejo de dolor, bienestar sexual, etc. (Ver Fig. 2). La literatura internacional, como el Índice de Calidad del Cuidado del Cáncer de Mama (BCCQI), destaca que una ruta de navegación sobresaliente debe contar con un plan de seguimiento estructurado e integrado al cuidado estándar, definiendo plazos realistas para las citas de control y criterios de cierre específicos (50,51)(50). Se dará por terminada la ruta de navegación cuando se hayan cumplidos los plazos de seguimiento y las estrategias de rehabilitación integral de cada paciente. Sin embargo, ante la sospecha o confirmación de recaída oncológica, las pacientes deberán ser reingresadas de manera inmediata.

## Discusión

Las rutas de navegación para pacientes tienen como objetivo identificar necesidades individuales y superar barreras que dificultan el acceso oportuno a los servicios de salud (23,24). En el caso de cáncer de mama, estas estrategias son especialmente importantes por las dificultades administrativas, diagnósticas y terapéuticas que enfrentan los pacientes. En el presente estudio se encontró que, aunque Montería y el departamento de Córdoba tienen instituciones, campañas y rutas para el manejo del cáncer de mama, aún existen importantes dificultades administrativas, tiempos prolongados para acceder a especialistas y dificultades para la atención de la población rural (17,18). En conjunto, estos hallazgos permiten evidenciar que la existencia de infraestructura y programas de salud no garantiza por sí sola una atención continua y efectiva.

Según la revisión de literatura y la entrevista realizada, se señaló que las barreras administrativas continúan siendo uno de los principales factores asociados al retraso diagnóstico y terapéutico (10,13,14). La necesidad de múltiples autorizaciones, las demoras en la realización de biopsias y la asignación tardía de citas con especialistas afectan la continuidad del cuidado y favorecen el diagnóstico en estadios avanzados (13-15). Asimismo, las barreras económicas causadas por los costos de desplazamiento y alimentación generan dificultades adicionales para los pacientes con menores recursos socioeconómicos, especialmente aquellos que viven en municipios alejados o zonas rurales (18, 39).

La evidencia en América Latina demuestra que los programas de navegación oncológica ayudan a reducir los tiempos de espera, mejorar la adherencia al tratamiento y evitar que los pacientes se pierdan durante el seguimiento. Por eso, la propuesta de la RRCS es una estrategia de navegación que busca fortalecer la articulación entre aseguradoras, prestadores de servicios de salud y pacientes mediante un modelo de 4 fases: identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, el cual tiene el objetivo de facilitar el acceso oportuno a la atención y disminuir barreras administrativas, sociales y geográficas que afectan a las mujeres con cáncer de mama en Montería, Córdoba (16, 27 ,28).

Entre los elementos fundamentales de la RRCS se destaca el acompañamiento continuo de un navegador oncológico, responsable de coordinar los procesos clínicos y administrativos, facilitando así la comunicación interinstitucional y detectando oportunamente los factores de riesgo que podrían conducir al abandono del tratamiento. Asimismo, esta ruta destaca, la implementación de la telemedicina y las rutas prioritarias, que buscan responder a las limitaciones del sistema de salud local y mejorar el acceso oportuno del diagnóstico y al tratamiento (46, 47).

Entre las limitaciones del estudio se reconoce, en primer lugar, la escasa disponibilidad de evidencia científica regional específica sobre navegación oncológica en Córdoba, lo que dificultó la comparación directa de los hallazgos con experiencias locales previas y obligó a apoyarse principalmente en literatura de otras regiones latinoamericanas con características socioeconómicas similares. En segundo lugar, el uso de una revisión rápida de literatura, si bien metodológicamente válido para la construcción de propuestas en salud pública, implica una síntesis menos exhaustiva que una revisión sistemática formal, lo que podría haber excluido evidencia relevante. En tercer lugar, la entrevista realizada por muestreo de conveniencia a un único informante, aunque representativo del contexto institucional, restringe la posibilidad de capturar la diversidad de perspectivas de otros actores clave como pacientes, médicos tratantes y funcionarios de las EPS. Estas limitaciones subrayan la necesidad de desarrollar investigación primaria de mayor alcance en la región que permita validar y ajustar la propuesta presentada.

Sin embargo, el estudio presenta varias fortalezas. De una parte, responde a la falta de información en la literatura científica local y ofrece un enfoque adaptado a la realidad de una región poco representada en la investigación oncológica nacional. La combinación de la revisión de literatura y la entrevista institucional aporta validez a los resultados. Además, el diseño de la RRCS, ajustado a los recursos disponibles en Montería y alineado con el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2022-2031 y la alianza "Todos en Red", refuerza su viabilidad y legitimidad como propuesta de salud pública enfocada en la equidad en la atención oncológica.

## Conclusiones

El cáncer de mama sigue siendo un desafío importante de salud pública en Colombia que trasciende su morbilidad, pues se presentan desigualdades sociales, económicas y estructurales que terminan condicionando el acceso oportuno a los servicios de salud. En Montería, Córdoba, persisten múltiples barreras sociales, económicas, geográficas y administrativas que terminan retrasando el diagnóstico, dificultando la continuidad terapéutica y favoreciendo la detección de la enfermedad en estadios avanzados.

Asimismo, se evidenció que a pesar de que se cuenta con instituciones, campañas educativas y programas enfocados en la atención del cáncer de mama, la disponibilidad de recursos no garantiza por sí solo una atención eficiente y centrada en las necesidades reales de las pacientes. Los hallazgos obtenidos mediante la revisión de literatura y la entrevista exploratoria permitieron identificar la necesidad de fortalecer la articulación entre pacientes, aseguradoras, instituciones de salud y redes de apoyo comunitario, con el objeto de disminuir tiempos de espera, mejorar la adherencia terapéutica y reducir la pérdida en el seguimiento.

En este contexto, la propuesta de la RRCS constituye una alternativa orientada a disminuir las barreras que interfieren con el continuo diagnóstico-terapéutico mediante un modelo estructurado en fases de identificación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Buscando adaptarse a las condiciones propias de la población estudiada, promueve un modelo de atención más integral, humano y equitativo para las mujeres con cáncer de mama de esta región.

## Agradecimientos

A la jefe Jessika Bermúdez y a Marcela Forero del área social de la Liga Colombiana Contra el Cáncer por su apoyo para la realización de este proyecto. A la Liga Colombiana Contra el Cáncer por su asociación con la PUJ para abordar el cáncer como problema de salud pública. A la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba y a Lorena Castaño, rectora ejecutiva de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba por su colaboración en el desarrollo del proyecto.

## Contribución

Natalia Tabares-Acosta [natalia\\_tabares@javeriana.edu.co](mailto:natalia_tabares@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0009-0006-1842-7434>. Revisión de la literatura, creación de estrategias de búsqueda, elaboración ruta de navegación, creación y redacción del documento.

Camilo Villegas-Pulido [candresvillegas@javeriana.edu.co](mailto:candresvillegas@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0009-0000-0761-6375>. Revisión de la literatura, creación de estrategias de búsqueda, elaboración ruta de navegación, creación y redacción del documento.

Isabella Vallejo-Caiza [isabellavallejo@javeriana.edu.co](mailto:isabellavallejo@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0009-0000-3146-9125>. Revisión de la literatura, creación de estrategias de búsqueda, elaboración ruta de navegación, creación y redacción del documento.

Saray Fernanda Saavedra-Velandia [saavedra.sfernanda@javeriana.edu.co](mailto:saavedra.sfernanda@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0009-0000-0856-1257> Revisión de la literatura, creación de estrategias de búsqueda, elaboración ruta de navegación, creación y redacción del documento.

Mariana Zamudio-Diaz [marianazamudiod@javeriana.edu.co](mailto:marianazamudiod@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0009-0009-3622-4894>. Revisión de la literatura, creación de estrategias de búsqueda, elaboración ruta de navegación, creación y redacción del documento.

Francisco Palencia-Sánchez [fpalencia@javeriana.edu.co](mailto:fpalencia@javeriana.edu.co) <https://orcid.org/0000-0002-8126-7748>. Idea original, asesoría conceptual y metodológica, revisión de versiones previa de documento visto bueno de publicación de versión final

### **Declaración sobre el uso de inteligencia artificial (IA)**

Durante la preparación de este estudio, los autores utilizaron ChatGPT-5.5, NotebookLM y Reading Assistant GenAI los cuales son modelos de asistencia basadas en la IA para apoyar tareas de redacción y organización académica, específicamente con el fin de mejorar la presentación de los resultados, la ortografía, la gramática, la elección de palabras, la legibilidad y la claridad. Después de emplear estas herramientas, los autores revisaron y corrigieron el texto según fue necesario y asumen plena responsabilidad por el contenido de la publicación.

### **Referencias**

1. World Health Organization. Breast cancer [Internet]. 2026 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2026 [Internet]. Atlanta; 2026 [cited 2026 May 12]. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2026/2026-cancer-facts-and-figures.pdf>
3. Lim YX, Lim ZL, Ho PJ, Li J. Breast Cancer in Asia: Incidence, Mortality, Early Detection, Mammography Programs, and Risk-Based Screening Initiatives. *Cancers* . 2022 Sep 1;14(17). doi:10.3390/CANCERS14174218 PubMed PMID: 36077752.
4. World Health Organization. Global Breast Cancer Initiative Implementation Framework Assessing, strengthening and scaling up services for the early detection and management of breast cancer. Geneva; 2023.
5. Torres-Román JS, Ybaseta-Medina J, Loli-Guevara S, Bazalar-Palacios J, Valcarcel B, Arce-Huamani MA, et al. Disparities in breast cancer mortality among Latin American women: trends and predictions for 2030. *BMC Public Health*. 2023 Dec 1;23(1). doi:10.1186/S12889-023-16328-W PubMed PMID: 37507674.
6. Gomez-Abuin G, Mandó P, Curigliano G, Barrios CH. Main challenges to cancer care in Latin America: an analysis through breast cancer lenses. *The Lancet Regional Health - Americas*. 2025 Aug 1;48. doi:10.1016/J.LANA.2025.101147

7. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer de mama en Colombia [Internet]. 2023 [cited 2026 May 13]. Available from: <https://www.cancer.gov.co/medios-comunicacion-1/infografias/cancer-mama-colombia-cifras>
8. World Health Organization. Colombia fact sheet. 2022.
9. Jiménez LA. Día mundial del cáncer de mama - Datos para la vida [Internet]. Bogotá; 2024 Oct [cited 2026 May 13]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/noticias/dia-mundial-del-cancer-de-mama/>
10. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 Mar [cited 2026 May 14];53(6):478–85. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
11. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Cancerología ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia. 2012.
12. Ministerio de Salud. Resolución 2367 de 2023. Bogotá; 2018 Dec 29.
13. Martínez-Pérez DC, Gómez-Wolff LR, Ossa-Gómez CA, Hernández-Herrera GN, Rivas-Bedoya Y, García-García HI. Asociación entre retraso en el diagnóstico y estadio clínico avanzado de cáncer de mama al momento de la consulta en cuatro centros oncológicos de Medellín, Colombia, 2017. Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2020 May 20;71(2):87–102. doi:10.18597/RCOG.3410 PubMed PMID: 32770869.
14. Chavez-MacGregor M, Clarke CA, Lichtensztajn DY, Giordano SH. Delayed Initiation of Adjuvant Chemotherapy Among Patients With Breast Cancer. *JAMA Oncol*. 2016 Mar 1;2(3):322–9. doi:10.1001/JAMAONCOL.2015.3856 PubMed PMID: 26659132.
15. Zhang J, Venchiarutti R, Wang X, He Q. Optimal timing of cancer treatments: a call for emerging evidence from clinical trials and real-world studies. *Br J Cancer*. 2025 Jun 29;132(12):1085–90. doi:10.1038/S41416-025-03030-4 PubMed PMID: 40269312.
16. Perez-Bustos AH, Orozco-Urdaneta M, Erazo R, Cordoba-Astudillo P, Gallo D, Muñoz-Zuluaga C, et al. A patient navigation initiative to improve access to breast cancer care in Cali, Colombia. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2022 Sep 1;5(9). doi:10.1002/CNR2.1564 PubMed PMID: 34725973.
17. Ministerio de Salud, Gobernación de Córdoba. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, actualización 2019 [Internet]. Turbo; 2019 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-turbo-2019.pdf>
18. Santos AC. Distribución espacial de la mortalidad por cáncer de mama en relación con los determinantes sociales estructurales de la salud, Córdoba, período 2008-2018 [Internet]. [Montería]: Universidad de Córdoba; 2023 [cited 2026 May 14]. Available from: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/server/api/core/bitstreams/095d2e36-2e53-4e1a-82e3-47e22effae21/content>
19. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2026 May 12];53:s144–55. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

20. Chávez-Guerrero BM. Aportes para la transformación del sistema de salud colombiano. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2023 Jan 1;41(1). doi:10.17533/UDEA.RFNSP.E348269
21. Restrepo-Zea JH, Casas-Bustamante LP, Espinal-Piedrahita JJ. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista Salud Pública [Internet]*. 2018 Dec 25 [cited 2026 May 14];20(6):670–6. Available from: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/server/api/core/bitstreams/2335a6bc-4ddc-415e-85a6-8e0ad96763f9/content>
22. Weiss M. Universal Healthcare in Colombia: An Effective Reform? *Perspectives on Business and Economics*. 2013;31:101–10. doi:10.18275/PBE-V031-011
23. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, et al. Patient navigation: State of the art or is it science? *Cancer*. 2008 Oct 15;113(8):1999–2010. doi:10.1002/CNCR.23815;REQUESTEDJOURNAL:JOURNAL:10970142;WGROU :STRING:PUBLICATION PubMed PMID: 18780320.
24. Budde H, Williams GA, Scarpetti G, Kroezen M, Maier CB. What are patient navigators and how can they improve integration of care? What are patient navigators and how can they improve integration of care? [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2022 Jan [cited 2026 May 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK577640/> PubMed PMID: 35129934.
25. Jaganathan M, Ang BH, Ali A, Sharif SZ, Mohamad M, Mohd Khairy A, et al. Presentation of Breast Cancer and Impact of Patient Navigation on Timeliness of Diagnosis and Treatment and on Adherence to Treatment Recommendations in a Multicenter Network in Malaysia. *JCO Glob Oncol*. 2024 Mar;10(10). doi:10.1200/GO.23.00297 PubMed PMID: 38484197.
26. Muyinda Z, Davis KM, Kalungi S, Walusansa V, Kiguli-Malwadde E, Fiat L, et al. Using Patient Navigation to Reduce Time to Diagnosis of Breast Cancer in Uganda. *Journal of the American College of Radiology*. 2024 Aug 1;21(8):1180–7. doi:10.1016/j.jacr.2024.03.006 PubMed PMID: 38461912.
27. Chen M, Wu VS, Falk D, Cheatham C, Cullen J, Hoehn R. Patient Navigation in Cancer Treatment: A Systematic Review. *Curr Oncol Rep*. 2024 May 1;26(5):537. doi:10.1007/S11912-024-01514-9 PubMed PMID: 38581470.
28. Lubuzo B, Hlongwana KW, Hlongwa M, Ginindza TG. Coordination Models for Cancer Care in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 28;19(13). doi:10.3390/IJERPH19137906 PubMed PMID: 35805565.
29. Liga Contra el Cáncer Seccional Córdoba. Liga Contra el Cáncer Seccional Córdoba [Internet]. 2025 [cited 2026 May 17]. Available from: <https://www.ligacordobesa.com/index.html>
30. Sáenz M. El Imat, un privilegio para los Cordobeses. *La Razón [Internet]*. 2015 [cited 2026 May 17]. Available from: <https://larazon.co/el-imat-un-privilegio-para-los-cordobeses/>
31. Gobernación de Córdoba. Gobernador Erasmo Zuleta y Fundación IMAT sellan alianza “Todos en Red” para la prevención y detección temprana del cáncer [Internet]. 2025 [cited 2026 May 17]. Available from: <https://www.cordoba.gov.co/salud/publicaciones/1811/gobernador-erasmo-zuleta-y-fundacion-imat-sellan-alianza-todos-en-red-para-la-prevencion-y-deteccion-temprana-del-cancer/>

32. Alcaldía de Montería. Autoexamen de senos es clave para la detección temprana del cáncer de mama, Alcaldía de Montería educa sobre signos de alarma [Internet]. 2025 [cited 2026 May 18]. Available from: [https://www.monteria.gov.co/publicaciones/5856/autoexamen-de-senos-es-clave-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-mama-alcaldia-de-monteria-educa-sobre-signos-de-alarma/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.monteria.gov.co/publicaciones/5856/autoexamen-de-senos-es-clave-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-mama-alcaldia-de-monteria-educa-sobre-signos-de-alarma/?utm_source=chatgpt.com)
33. DIAC SAS. Prevención del cáncer de mama [Internet]. 2024 [cited 2026 May 18]. Available from: <https://diacimágenes.com/prevencion-del-cancer-de-mama/>
34. Centro de Imágenes Diagnósticas Scanner S.A. Mamografía Digital - Lo que debe saber como paciente [Internet]. [cited 2026 May 18]. Available from: <https://ciemonteria.co/servicios/mamografia/>
35. Resonancia De Alta Tecnología Del Caribe S.A.S. Mamografía [Internet]. [cited 2026 May 18]. Available from: <https://www.ratc.com.co/mamografia/>
36. DANE. La información del DANE en la toma de decisiones regionales Córdoba-Montería. 2021 Jul.
37. DANE. La información del DANE en la toma de decisiones regionales Montería-Córdoba. Montería; 2021 Oct.
38. Hernández C. Personería de Montería alerta por fallas en los servicios de salud en la ciudad . Caracol Radio [Internet]. 2026 Jan 24 [cited 2026 May 18]. Available from: <https://caracol.com.co/2026/01/24/personeria-de-monteria-alerta-por-fallas-en-los-servicios-de-salud-en-la-ciudad/>
39. Ruiz-Doria SC, Valencia-Jiménez NN, Ortega-Montes JE. Condiciones de vida y estrategias de afrontamiento de las mujeres con cáncer de mama en Córdoba, Colombia. *Anales de Psicología* . 2020 Jan 1;36(1):46–55. doi:10.6018/analesps.351701
40. Duarte C, Salazar A, Strasser-Weippl K, de Vries E, Wiesner C, Arango-Gutiérrez A, et al. Breast cancer in Colombia: a growing challenge for the healthcare system. *Breast Cancer Research and Treatment* 2021 186:1. 2021 Feb 21;186(1):15–24. doi:10.1007/S10549-020-06091-6 PubMed PMID: 33611666.
41. Lobatón J, González M, Oviedo F, Torregroza M, Aruachán S. Características clínico-patológicas y sobrevida de las pacientes con cáncer de mama atendidas en el Instituto Médico de Alta Tecnología (IMAT) (Montería). *Revista Colombiana de Hematología y Oncología*. 2017 Oct 1;4(1):26–30. doi:10.51643/22562915.162
42. Congreso de la República. Ley 2360 de 2024 [Internet]. 2021 Jun 14. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=243296>
43. Silva RR da, Santana MM de, Bezerra AFB, Lima JT de O, Lyra TM. The Painful Journey for Treatment: the Experience of Women with Breast Cancer in a Northeastern Brazilian State. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2025 Jul 2;71(3). doi:10.32635/2176-9745.RBC.2025V71N3.5176
44. Pautasso FF, Oliveira JLC de. Factores asociados a la necesidad de navegación entre mujeres con cáncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2025;38(spe1). doi:10.37689/ACTA-APE/2025SPE15E
45. El Meridiano. Clínica IMAT habilita el primer equipo de Medicina Nuclear molecular. El Meridiano [Internet]. 2022 Dec 19 [cited 2026 May 18]. Available from: <https://elmeridiano.co/cordoba/monteria/clinica-imat-habilita-el-primer-equipo-de-medicina-nuclear-molecular>
46. Mahmoud K, Jaramillo C, Barteit S. Telemedicine in Low- and Middle-Income Countries During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Front Public Health*.

- 2022 Jun 22;10. doi:10.3389/FPUBH.2022.914423/FULL PubMed PMID: 35812479.
47. Kruse CS, Pacheco GJ, Vargas B, Lozano N, Castro S, Gattu M. Leveraging Telehealth for the Management of Breast Cancer: A Systematic Review. *Healthcare*. 2022 Oct 12;10(10). doi:10.3390/HEALTHCARE10102015
  48. Owens WR, Ding Y, Quirarte DM, Shih L, Fritz AS, Dvoracek LA. The Approach to Multidisciplinary Oncologic Breast Care. *Semin Plast Surg*. 2025 May 21;39(2):97–102. doi:10.1055/S-0045-1806808 PubMed PMID: 40406634.
  49. Di Pilla A, Cozzolino MR, Mannocci A, Carini E, Spina F, Castrini F, et al. The Impact of Tumor Boards on Breast Cancer Care: Evidence from a Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 1;19(22). doi:10.3390/IJERPH192214990 PubMed PMID: 36429708.
  50. Caleffi M, Ajango M, Al-Awadhi AM, Fairley R, Feigl AB, González AR, et al. Improving Breast Cancer Outcomes Through Quality Care: Call to Action for the Implementation of the Breast Cancer Care Quality Index (BCCQI). *Int J Environ Res Public Health*. 2026 Feb 1;23(2). doi:10.3390/IJERPH23020207 PubMed PMID: 41752289.
  51. Figueroa-Montes LE, Matassini-Eyzaguirre SM. Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: Un estudio cualitativo en Lima, Perú. *Revista del Cuerpo Medico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo*. 2021 Oct 1;14(4):452–8. doi:10.35434/RCMHNAAA.2021.144.1320
  52. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) [Internet]. Bogotá: MinSalud; [cited 2026 Jun 20]. Available from: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
  53. Umbral Oncológicos S.A.S. Umbral Oncológicos S.A.S – Montería, Córdoba [Internet]. [cited 2026 Jun 20]. Available from: <https://clinicasyhospitales.com.co/ips/umbral-oncologicos-s-a-s>
  54. Fundación Amigos de la Salud. Fundación Amigos de la Salud – Montería [Internet]. [cited 2026 Jun 20]. Available from: <https://www.fundacionamigosdelasalud.com/>
  55. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021 Mar 29;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71 PubMed PMID: 33782057.

## ANEXOS

Entrevista estructurada a representante de la Liga Contra el Cáncer – Seccional Córdoba

1. **¿Cuáles considera que son las principales barreras que enfrentan las mujeres en Córdoba para acceder al diagnóstico oportuno del cáncer de mama?**  
R/ Las barreras de tipo administrativas o tramitología para acceder a las autorizaciones como puerta de entrada a los tamizajes como la mamografía.
2. **Desde su experiencia, ¿cuáles son las mayores dificultades administrativas que presentan las pacientes con las EPS o IPS?**  
R/ En las EPS la rigidez para acceder a un tamizaje base como la mamografía, cada vez es más complejo acceder a este servicio, existiendo como única regla ser mayor de 50 años y sin tener presente los antecedentes familiares, los cuales se constituyen en un factor de riesgo. En las IPS las largas esperas para la asignación

de citas con especialista en mama y peor aún biopsia de mama, lo que retrasa para los casos positivos poder acceder a un tratamiento oportuno.

**3. ¿Qué diferencias observa entre las pacientes de zonas urbanas y rurales respecto al acceso al diagnóstico y tratamiento?**

R/ El componente de la accesibilidad al diagnóstico o a los tratamientos se ve directamente afectado para aquellas pacientes de zona rural, dado que los costos de desplazamiento se convierten en una barrera para la adherencia a los tratamientos.

**4. ¿Con qué frecuencia llegan pacientes diagnosticados en estadios avanzados y qué factores sociales, económicos o administrativos considera que influyen tanto en el diagnóstico tardío como en la continuidad del tratamiento oncológico?**

R/ Con mucha frecuencia llegan casos avanzados. Económicos los altos costos de desplazamiento, alimentación e incluso hospedaje para pacientes de zonas dispersas. De los factores de tipo social podría mencionar la directa relación que existe para aquellas comunidades rurales o en municipios que carecen de IPS con capacidad instalada robusta para responder a tamizajes diagnósticos oportunos y permanentes, ocasionalmente brigadas de salud que no garantizan una ruta de atención completa. Administrativos, el exceso de tramitología para acceder a los servicios.

**5. Desde su perspectiva, ¿qué debería incluir una ruta de navegación ideal para pacientes con cáncer de mama en Córdoba?**

R/ Una red articulada entre asegurador, prestador y usuaria, que sea vigilada o liderada por la secretaría de salud departamental.

**6. ¿Qué estrategias, programas o recomendaciones considera prioritarios para fortalecer la detección temprana, la educación en cáncer de mama y mejorar el acceso oportuno a una atención integral de las pacientes en Montería y Córdoba?**

R/ Estrategias educativas desde las escuelas y universidades, despliegue publicitario en redes, emisoras, brindando mensajes alusivos al autoexamen y pruebas de tamizaje, refuerzo de las acciones en alianza con plan de intervenciones colectivas (PIC), el cual cuenta con los recursos propios para fortalecer la ruta de atención encaminadas a la prevención y detección temprana de patologías crónicas como el cáncer.

**Tabla 1.** Características de un programa de navegación de paciente en la atención oncológica según Wells et al. (23,24)

Característica	Descripción
Atención individualizada	El programa se ofrece a pacientes individuales durante un episodio definido relacionado con la atención del cáncer.

<b>Objetivo y desenlace definidos</b>	Cuenta con un desenlace previamente establecido que permite determinar la finalización de la provisión de servicios.
<b>Articulación de servicios de salud</b>	Se enfoca en coordinar el conjunto de servicios requeridos para completar un episodio de atención oncológica.
<b>Identificación de barreras de acceso</b>	Reconoce las barreras individuales que enfrentan los pacientes para acceder oportunamente al cuidado del cáncer.
<b>Optimización de la oportunidad y continuidad del cuidado</b>	Busca reducir los tiempos de espera para acceder a servicios de diagnóstico y tratamiento oncológico, así como disminuir la pérdida de pacientes durante el seguimiento, favoreciendo la continuidad del cuidado.

**Tabla 2.** Estrategia de búsqueda

<b>Bases de datos</b>	<b>Términos</b>	<b>Estrategia de búsqueda</b>	<b>Filtros aplicados</b>
<b>Scopus</b>	Combinó términos en texto libre y descriptores equivalentes a los MeSh (términos EMTREE)	TITLE-ABS-KEY(("breast cancer*" OR "breast neoplasm*" OR "breast tumor*" OR "breast tumour*" OR "mammary carcinoma*" OR "mammary neoplasm*") AND ("patient navigation" OR "patient navigator*" OR "navigation program*" OR "navigation intervention*" OR "nurse navigator*" OR "oncology navigation" OR "cancer navigation" OR "healthcare navigation" OR "care coordination" OR "patient guidance" OR "treatment navigation" OR "case management" OR "patient support program*" OR "continuity of care") AND ("access to care" OR "healthcare access" OR "health	Fecha (2021-2026), países de América latina

		<p>care access" OR "barriers to care" OR "barriers to access" OR "healthcare barriers" OR "health care barriers" OR "barriers to healthcare" OR "barriers to health care" OR "access barriers" OR "obstacles to care" OR "obstacles to access" OR "inequitable access" OR "limited access" OR "delay*" OR "time to diagnosis" OR "time to treatment" OR "diagnostic delay*" OR "treatment delay*" OR "follow-up" OR "loss to follow-up" OR "adherence" OR "treatment adherence" OR "early detection" OR "screening" OR "inequity" OR "disparit*" OR "vulnerable population*" OR "underserved population*" OR "social determinants of health") AND ("Colombia" OR "Monteria" OR "Montería" OR "Cordoba" OR "Córdoba" OR "Latin America*" OR "South America*"))</p>	
<p><b>PubMed/ MEDLINE</b></p>	<p>Combinó términos controlados MeSH (Medical Subject Headings) y términos en texto libre</p>	<p>Nata Search: (("breast cancer"[All Fields]) AND (Colombia)) AND (Patient navigation) "breast cancer"[All Fields] AND ("colombia"[MeSH Terms] OR "colombia"[All Fields] OR "colombias"[All Fields]) AND ("patient navigation"[MeSH Terms] OR ("patient"[All Fields] AND "navigation"[All Fields]) OR "patient navigation"[All Fields])</p> <p>chami</p> <p>("Breast Neoplasms"[Mesh] OR breast cancer* OR breast neoplasm* OR mammary carcinoma*) AND ("Patient Navigation"[Mesh] OR patient navigation OR patient navigator* OR navigation program* OR nurse</p>	<p>In the last 5 years, Free full text, Humans, Adult: 19+ years</p>

		<p>navigator* OR oncology navigation OR cancer navigation OR care coordination) AND (barriers to access OR barriers to care OR healthcare access OR access to care OR diagnostic delay* OR treatment delay* OR time to diagnosis OR time to treatment OR follow-up OR loss to follow-up OR treatment adherence OR continuity of care OR healthcare disparities OR inequity OR underserved population*) AND (Colombia[Mesh] OR Colombia OR Monteria OR Montería OR Cordoba OR Córdoba OR "Latin America"[Mesh] OR Latin America* OR "South America"[Mesh] OR South America*)</p>	
<p><b>Scielo</b></p>	<p>Combinó palabras clave y términos en texto libre relacionados con los conceptos centrales del estudio.</p>	<p>((breast cancer) OR (breast neoplasm) OR (breast malignancy) OR (cáncer de mama) OR (neoplasia de mama) OR (cáncer de seno) OR (câncer de mama) OR (neoplasia da mama)) AND ((patient navigation) OR (navigation) OR (navegación de pacientes) OR (navegador de pacientes) OR (coordinación de atención) OR (navegação de pacientes) OR (programa de navegação))</p>	<p>Fecha (2021-2026), países de América latina.</p>

<b>Lilacs</b>	Se utilizo términos controlados MeSH y terminos de texto libre	((breast cancer OR breast neoplasm OR mammary carcinoma OR cáncer de mama OR cancer de mama OR cáncer de seno OR neoplasia de mama OR carcinoma mamario OR câncerde mama OR neoplasia mamária OR carcinoma mamário)) AND ((patient navigation OR patient navigator OR navigation program OR navegación de pacientes OR navegador de pacientes OR navegação de pacientes OR navegador de pacientes OR care coordination OR oncology navigation)) AND ((Colombia OR Montería OR Monteria OR Córdoba OR Cordoba OR América Latina OR Latin America OR América do Sul OR South America OR América del Sur))	Fecha (2021-2026), países de América latina.
---------------	--	---	--

<p><b>Google Scholar</b></p>	<p>Se combino terminos MeSH y terminos de texto libre</p>	<p>"breast cancer" OR "breast neoplasm" OR "mammary carcinoma") AND ("patient navigation" OR "patient navigator" OR "navigation program" OR "nurse navigator" OR "oncology navigation" OR "cancer navigation" OR "care coordination") AND (Colombia OR Monter?a OR Monteria OR C?rdoba OR Cordoba OR "Latin America" OR "South America")</p>	<p>Fecha (2021-2026), textos disponibles para Javeriana</p>
------------------------------	---	--	---

<b>EBSCO</b>	Se combino terminos MeSH Y terminos de texto libre	(TI(breast cancer* OR cáncer de mama OR câncer de mama) OR AB(breast cancer* OR cáncer de mama OR câncer de mama))) AND ((TI(patient navigation OR patient navigator* OR navegación de pacientes OR navegação de pacientes) OR AB(patient navigation OR patient navigator* OR navegación de pacientes OR navegação de pacientes))) AND ((TI(Colombia OR Montería OR Monteria OR Latin America) OR AB(Colombia OR Montería OR Monteria OR Latin America)))	Fecha (2021-2025)
--------------	--	---	-------------------

**Tabla 3.** Resultados de búsqueda por bases de datos

<b>Base de datos</b>	<b>Número asignado</b>	<b>Artículos seleccionados</b>
<b>Scopus</b>	1	Méndez-Domínguez N, Arce Medina MJ, Balam Gomez M, Morales Rojas ME, Novelo Moreno E. Regional Inequities in Mammography Access and Utilization in Latin America: Ethnic, Rural, and Structural Barriers Identified Through a Narrative Review. <i>Epidemiologia</i> . 2026 Feb 1;7(1). doi:10.3390/EPIDEMIOLOGIA7010025/S1
	2	Valencia D, Granda P, Pesce V, Di Sibio A, Soliman AS, Gómez J, et al. Argentina’s National Program for Control of Breast Cancer: Time 1, Patient Navigation, and Patient Cancer Education Experience. <i>J Cancer Educ</i> . 2022 Dec 1;37(6):1669–76. doi:10.1007/S13187-021-02011-4 PubMed PMID: 33904121.

	3	Perez-Bustos AH, Orozco-Urdaneta M, Erazo R, Cordoba-Astudillo P, Gallo D, Muñoz-Zuluaga C, et al. A patient navigation initiative to improve access to breast cancer care in Cali, Colombia. <i>Cancer Rep (Hoboken)</i> . 2022 Sep 1;5(9). doi:10.1002/CNR2.1564 PubMed PMID: 34725973.
	4	Munoz-Zuluaga CA, Gallo-Pérez JD, Pérez-Bustos A, Orozco-Urdaneta M, Druffel K, Cordoba-Astudillo LP, et al. Mobile Applications: Breaking Barriers to Early Breast and Cervical Cancer Detection in Underserved Communities. <i>JCO Oncol Pract</i> . 2021 Mar;17(3). doi:10.1200/OP.20.00665 PubMed PMID: 33417491.
	5	Sardi A, Orozco-Urdaneta M, Velez-Mejia C, Perez-Bustos AH, Munoz-Zuluaga C, El-Sharkawy F, et al. Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model. <i>J Glob Oncol</i> . 2019;5(5). doi:10.1200/JGO.19.00054 PubMed PMID: 31260395
<b>Scielo</b>	6	Novaro V, Di-Sibio A, Kober M, Yapur R, Waisberg F. Navegación en el sistema de salud para pacientes con cáncer de mama de bajo y alto riesgo. Reseñas de la situación actual en distintas regiones de Argentina. <i>Medicina (B Aires) [Internet]</i> . 2025 Apr 28 [cited 2026 May 20];85(4):772–7. Available from: <a href="https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0025-76802025000700772&amp;lang=pt">https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0025-76802025000700772&amp;lang=pt</a>
	7	Pautasso FF, Oliveira JLC de. Fatores associados à necessidade de navegação entre mulheres com câncer de mama. <i>Acta Paulista de Enfermagem</i> . 2025;38(spe1). doi:10.37689/ACTA-APE/2025SPE15P
	8	Silva RR da, Santana MM de, Bezerra AFB, Lima JT de O, Lyra TM. O Doloroso Percurso por Tratamento: Experiência de Mulheres com Câncer de Mama em um Estado do Nordeste do Brasil. <i>Revista Brasileira de Cancerologia</i> . 2025 Jul 2;71(3). doi:10.32635/2176-9745.RBC.2025V71N3.5176
	9	Silva RR da, Santana MM de, Bezerra AFB, Lima JT de O, Lyra TM. Integralidade do Cuidado à Mulher com Câncer de Mama: Desafios na Implementação da Linha de Cuidado em um Estado do Nordeste do Brasil. <i>Revista Brasileira de Cancerologia</i> . 2025 Feb 3;71(1). doi:10.32635/2176-9745.RBC.2025V71N1.4866
	10	Schwarz PKN. Telemedicina y navegación de pacientes con cáncer de mama. Un estudio en cuatro hospitales públicos de Argentina. <i>Astrolabio</i> . 2022 Jul 31;(29):92–116. doi:10.55441/1668.7515.N29.32731

	11	Matassini-Eyzaguirre SM, Figueroa-Montes LE. Navegación de pacientes con sospecha de cáncer de mama: un estudio cualitativo en Lima, Perú. <i>Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo</i> . 2021 Oct 1;14(4):452–8. doi:10.35434/RCMHNA.AA.2021.144.1320
	12	Sala DCP, Okuno MFP, Taminato M, de Castro CP, Louvison MCP, Tanaka OY. Breast cancer screening in Primary Health Care in Brazil: a systematic review. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2021;74(3). doi:10.1590/0034-7167-2020-0995 PubMed PMID: 34259730.
<b>PUBMED/ MEDILINE</b>	13	Pessanha RM, Grippa WR, Neto LCBS, D'Agostini NS, Lopes-Júnior LC. Breast Cancer-Specific Survival and Prognostic Factors in a Statewide Oncology Network in Brazil: A Registry-Linked Retrospective Cohort Study. <i>Cancer Rep (Hoboken)</i> . 2026 Feb 1;9(2). doi:10.1002/CNR2.70467 PubMed PMID: 41611536.
	14	Fernández-González L, Quezada C, Turén V, Bravo P. What Decisions Matter to Women Facing a Breast Cancer Diagnosis? A Case Study From the Global South on Treatment Shared Decision-Making and the Management of Distress. <i>Psychooncology</i> . 2025 Apr 1;34(4). doi:10.1002/PON.70138 PubMed PMID: 40155962.
	15	Sala DCP, Tanaka OY, Luz RA, Balsanelli AP, Venancio SI, Louvison MCP, et al. Barriers and facilitators of the implementation of mammography screening in the Brazilian public health system: scoping review. <i>BMC Public Health</i> . 2025 Dec 1;25(1). doi:10.1186/S12889-025-22889-9 PubMed PMID: 40329235.
	16	Donna MLG, Yegros LC, Trinidad CR, Gonzalez N, Farina CA, Coronel MC, et al. Implementing a Multicomponent Navigation Program to Reduce Time Intervals to Treatment Initiation for Advanced Breast Cancer in Paraguay. <i>JCO Glob Oncol</i> . 2026 Apr;12(4). doi:10.1200/GO-25-00281
<b>EBSCO</b>	17	Migowski A, Freitas-Junior R, Bines J, Jansen AM, Nogueira-Rodrigues A, del Pilar Estevez-Diz M, et al. Cracking the code: Pioneering early detection and management of breast cancer in the Brazilian public healthcare system. <i>Dialogues in health</i> . 2025 Dec 1;7. doi:10.1016/J.DIALOG.2025.100235 PubMed PMID: 40979566.

<b>Google Académico</b>	18	Xiques-Molina W, Lozada-Martinez ID, Barceló-Martinez E, Noble-Ramos VM. The Cuídalas program: an AI-supported community-based approach to breast cancer screening in low-resource settings. <i>Front Oncol.</i> 2026 Apr 10;16. doi:10.3389/FONC.2026.1794792 PubMed PMID: 42038373.
	19	Valbuena-Garcia AM, Trujillo-Cáceres SJ, Hernández Vargas JA, Diaz S, Acuña L, Perdomo S, et al. Quality of care in Colombian women with early-onset breast cancer in two time periods: findings from a nationwide administrative registry cohort. <i>The Lancet Regional Health - Americas.</i> 2025 Mar 1;43. doi:10.1016/J.LANA.2025.101018
	20	Vazquez-Juárez D, González-Sánchez DG, Andrade-Moreno RA, Villarreal-Garza C, et al. Perception of healthcare system delays and referral pathways for breast cancer care in Mexico: a Physicians' survey. <i>Gaceta mexicana de oncología.</i> 2023 Jul 1;22(3):114–21. doi:10.24875/J.GAMO.230001071
	21	Rodríguez JD, Pérez AB, Peña A, Ospino M, Hidalgo H, Cerón L. Barriers and Facilitators to Accessing Breast Cancer Early Detection Services: A Qualitative, Participatory Assessment in Soledad, Atlántico (Colombia), Using Tanahashi's Framework. <i>Revista Gerencia y Políticas de Salud.</i> 2025 Jan 1;24. doi:10.11144/JAVERIANA.RGPS25.BFAS
	22	Caleffi M, Ajango M, Al-Awadhi AM, Fairley R, Feigl AB, González AR, et al. Improving Breast Cancer Outcomes Through Quality Care: Call to Action for the Implementation of the Breast Cancer Care Quality Index (BCCQI). <i>Int J Environ Res Public Health.</i> 2026 Feb 1;23(2). doi:10.3390/IJERPH23020207 PubMed PMID: 41752289.

**Tabla 4.** División por categorías de artículos encontrados según la estrategia de búsqueda

Categoría	Artículos relacionados	Países	Qué aportan
<b>Barreras de acceso al tamizaje y diagnóstico temprano</b>	1, 12, 15, 17, 21	América Latina (regional), Brasil, Brasil, Brasil, Colombia	Describen inequidades geográficas, rurales, estructurales y fallas en programas de detección temprana y mamografía.

<b>Barreras estructurales y administrativas del sistema de salud</b>	3, 5, 8, 9, 20	Colombia, Colombia, Brasil, Brasil, México	Analizan retrasos en rutas de atención, fragmentación del cuidado, dificultades de referencia, tiempos de espera y obstáculos institucionales.
<b>Navegación de pacientes oncológicos</b>	2, 3, 6, 7, 10, 11, 16	Argentina, Colombia, Argentina, Brasil, Argentina, Perú, Paraguay	Evalúan programas de navegación, reducción de tiempos diagnósticos y terapéuticos, acompañamiento y articulación del cuidado.
<b>Desigualdades territoriales y poblaciones vulnerables</b>	1, 4, 18, 21	América Latina, comunidades vulnerables/global, entornos de bajos recursos, Colombia	Abordan comunidades rurales, poblaciones con baja cobertura, acceso limitado y uso de herramientas tecnológicas para disminuir inequidades.
<b>Tecnología, telemedicina e innovación</b>	4, 10, 18	Internacional/comunidades vulnerables, Argentina, entornos de bajos recursos	Exploran aplicaciones móviles, IA y telemedicina como herramientas para mejorar acceso y seguimiento.
<b>Calidad de atención y continuidad del cuidado</b>	9, 13, 19, 22	Brasil, Brasil, Colombia, Internacional	Evalúan calidad del cuidado oncológico, supervivencia, continuidad de la atención y necesidad de estándares de calidad.
<b>Experiencia emocional y toma de decisiones de pacientes</b>	8, 14	Brasil, Global South/Latinoamérica	Exploran vivencias de mujeres con cáncer de mama, sufrimiento emocional y toma compartida de decisiones.
<b>Implementación de modelos o programas piloto</b>	2, 5, 16, 18	Argentina, Colombia, Paraguay, entornos de bajos recursos	Presentan experiencias aplicadas de programas de navegación, detección temprana y fortalecimiento del acceso.

\*Tabla realizada con ayuda de Reading Assistant GenAI y ChatGPT