

Determinantes sociales de la salud en pacientes con cáncer gástrico atendidos en un centro oncológico colombiano

Social Determinants of Health in patients with Gastric Cancer Treated at a Colombian Oncology Center

Determinantes sociais da saúde em pacientes com câncer gástrico atendidos em um centro oncológico colombiano

Sandra Milena Manrique López, Bact., Esp., MSP¹

Ricardo Oliveros Wilches, MD, Esp.²

María Lourdes Calderón Mendoza, Bact., Esp., MSP³

Devi Nereida Puerto Jiménez, MD, Esp., MBA^{3*}

Recibido: 8 de febrero de 2022 • **Aprobado:** 2 de marzo de 2025

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11580>

Para citar este artículo: Manrique López SM, Oliveros Wilches R, Calderón Mendoza ML, Puerto Jiménez DN. Determinantes sociales de la salud en pacientes con cáncer gástrico atendidos en un centro oncológico nacional. Rev Cienc Salud. 2025;23(2):1-24. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11580>

Resumen

Introducción: el cáncer gástrico posee las cifras más altas de mortalidad por cáncer para ambos sexos en Colombia, y la mayoría de los casos se detectan en estados avanzados. Se han descrito diferencias en la exposición a factores de riesgo y atención sanitaria mediadas por algunos determinantes sociales de

- 1 Grupo de Prevención y Detección Temprana de Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología (Bogotá, Colombia).
- 2 Grupo de Gastroenterología Oncológica, Instituto Nacional de Cancerología (Bogotá, Colombia).
- 3 Grupo del Área de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología (Bogotá, Colombia).

Sandra Milena Manrique López, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0263-8326>

Ricardo Oliveros Wilches, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4189-8844>

María Lourdes Calderón Mendoza, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1933-3895>

Devi Nereida Puerto Jiménez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0460-7769>

* Autor de correspondencia: dnpuerto@cancer.gov.co

la salud. El objetivo fue determinar las características sociodemográficas, individuales, clínicas y de atención en pacientes con cáncer gástrico temprano vs. tardío atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología (INC), en Bogotá (Colombia) entre 2019 y 2020. *Materiales y métodos:* estudio observacional, analítico de corte transversal, en el que se utilizaron estadísticos descriptivos, pruebas de chi cuadrado (χ^2) y análisis de correspondencias múltiples. *Resultados:* participaron 139 pacientes con adenocarcinoma gástrico, la mayoría con nivel educativo y socioeconómico bajo. El 12% tenía conocimiento sobre factores de riesgo para cáncer gástrico; el 82% de los participantes se diagnosticó en estadio tardío (estadios II, III y IV). Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el nivel educativo vs. el consumo de bebidas alcohólicas, realización de actividad física, conocimiento de factores de riesgo y estadio diagnóstico. Así mismo, frente a nivel socioeconómico vs. consumo de bebidas alcohólicas y conocimiento de factores de riesgo, y barreras económicas vs. estadio diagnóstico. *Conclusiones:* los resultados sugieren que determinantes como la posición socioeconómica y el nivel educativo están asociados a la exposición a algunos factores de riesgo a lo largo del curso de vida del paciente y a la presentación de barreras de acceso durante el proceso de atención sanitaria, lo que lleva a un diagnóstico tardío.

Palabras clave: neoplasias gástricas; determinantes sociales de la salud; accesibilidad a los servicios de salud; diagnóstico precoz.

Abstract

Introduction: Gastric cancer has the highest rates of cancer mortality for both sexes in Colombia, and most cases are detected in advanced stages; differences in exposure to risk factors and health care mediated by some social determinants of health have been described. The goal of the study was to determine the sociodemographic, individual, clinical, and care characteristics in patients with early vs. late gastric cancer treated at the Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia (INC) during the years 2019-2020. *Materials and Methods:* An observational, analytical cross-sectional study, descriptive statistics, chi-square tests (χ^2), and multiple correspondence analysis were used. *Results:* 139 patients with gastric adenocarcinoma participated; the majority with a low educational and socioeconomic level, 12% knew risk factors for gastric cancer; 82% of the participants were diagnosed in a late stage (Stages II, III and IV). A statistically significant association $p < 0.05$ was found between educational level vs. consumption of alcoholic beverages, physical activity, knowledge of risk factors and diagnostic stage. Likewise socioeconomic level vs consumption of alcoholic beverages and knowledge of risk factors and economic barriers vs diagnostic stage. *Conclusions:* The results suggest that socioeconomic position and educational level are associated with exposure to some risk factors throughout the patient's life course and the presentation of access barriers during the health care process, leading to a late diagnosis.

Keywords: stomach neoplasms; social determinants of health; health services accessibility; early diagnosis.

Resumo

Introdução: o câncer gástrico apresenta as maiores taxas de mortalidade por câncer para ambos os sexos na Colômbia e a maioria dos casos são detectados em estágios avançados; foram descritas diferenças na exposição a fatores de risco e cuidados de saúde mediados por alguns determinantes sociais da saúde. O objetivo do estudo foi determinar as características sociodemográficas, individuais, clínicas e assistenciais em pacientes com câncer gástrico precoce vs. tardio atendidos no Instituto Nacional de Cancerologia, Bogotá-Colômbia durante os anos 2019-2020. *Materiais e métodos:* estudo observacional, analítico transversal, estatística descritiva, testes qui-quadrado (χ^2) e análise de correspondência múltipla. *Resultados:* participaram 139 pacientes com adenocarcinoma gástrico, a maioria com baixo nível educacional e socioeconômico, 12% tinham conhecimento sobre fatores de risco para câncer gástrico; 82% dos participantes foram diagnosticados em estágios avançados (estágios II, III e IV). Foi encontrada associação estatisticamente significativa $p < 0,05$ entre escolaridade vs. consumo de álcool, atividade

física, conhecimento dos fatores de risco e estágio diagnóstico. Da mesma forma, nível socioeconômico vs. consumo de bebidas alcoólicas e conhecimento de fatores de risco e barreiras econômicas vs. estágio diagnóstico. *Conclusões:* os resultados sugerem que determinantes como posição socioeconômica e nível educacional estão associados à exposição a alguns fatores de risco ao longo da vida do paciente e à apresentação de barreiras de acesso durante o processo de assistência à saúde gerando um diagnóstico tardio.

Palavras-chave: neoplasias gástricas; determinantes sociais da saúde; acesso aos serviços de saúde; diagnóstico precoce.

Introducción

De acuerdo con el informe *World Cancer Report 2020*, de la International Agency for Research on Cancer (IARC):

El cáncer es una enfermedad compleja, cuyos patrones y tendencias en la mortalidad varían notablemente entre países y entre tipos de cáncer específicos. Estas variaciones se deben a diferencias en los estilos de vida cambiantes y en las exposiciones locales a determinantes conocidos o supuestos, así como a la alteración del entorno construido (por ejemplo, cambios en el entorno físico, incluidas las condiciones estructurales que tienen impactos en la movilidad y la recreación, la dieta y la exposición a los contaminantes ambientales). Las disparidades inherentes y las brechas cada vez mayores entre los países y dentro de ellos en cuanto a niveles de práctica médica e infraestructura sanitaria también influyen en los patrones y tendencias divergentes en la mortalidad por cáncer. (1)

Así pues, el cáncer continúa siendo una de las principales causas de morbilidad en todo el mundo, donde determinantes como el coeficiente de Gini, el índice de educación, de ingresos, tipo de sistema de salud y disponibilidad de políticas y programas de control del cáncer están asociados con las tasas de mortalidad e incidencia (2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los determinantes sociales de la salud comprenden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que causan inequidades sanitarias, es decir, son los factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que influyen en el estado de salud y que se relacionan con la distribución del poder, ingresos, bienes y servicios, que condicionan la vida de las personas en aspectos como el acceso a servicios sanitarios, educación, condiciones de trabajo, ocio, estado de vivienda y entorno físico (3).

Se han descrito diferencias en la exposición a factores de riesgo según el nivel socioeconómico, como consumo de tabaco o alcohol, dietas malsanas, obesidad, vivienda, educación y transporte. Esa acumulación de factores de riesgo a lo largo del curso de vida puede generar peores desenlaces en salud (4,5). Además, existen diferencias mediadas por conocimientos y creencias, que

pueden variar según el nivel socioeconómico e influyen en la comprensión y creencias sobre cáncer, causas y prevención. Tales diferencias en acceso a programas de prevención, detección y diagnóstico precoz, tratamiento y atención repercuten en la supervivencia y calidad de vida posterior al diagnóstico de cáncer (6).

Particularmente, el cáncer gástrico es una enfermedad multifactorial; más del 90 % de son adenocarcinomas. La carcinogénesis es compleja e involucra la participación de tres factores principales: el *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), factores medioambientales y factores genéticos del huésped (7,8). En 1994, la IARC consideró el *H. pylori* un carcinógeno de tipo I. La infección por esta bacteria cumple un rol fundamental en el proceso inflamatorio de la gastritis crónica, pues ocasiona estrés oxidativo que puede iniciar la carcinogénesis gástrica, es decir, una progresión de atrofia, a metaplasia, displasia y cáncer (9).

Además de la infección por *H. pylori*, de acuerdo con la IARC, el tabaquismo, los productos empleados en la industria del caucho y las radiaciones X y gamma son agentes carcinógenos con suficiente evidencia. Por el contrario, los agentes con evidencia limitada para cáncer gástrico son la fabricación de vidrio artístico, envases de vidrio y artículos prensados, el asbesto en todas sus formas, el virus de Epstein-Barr, compuestos de plomo, nitrato o nitrito inorgánico (ingeridos) en condiciones que resultan en nitrosación endógena, el consumo de opio, los vegetales encurtidos (tradicionales asiáticos), consumo de carne procesada y pescado salado al estilo chino (10).

Entre los determinantes demográficos y socioeconómicos, se destacan aspectos como la edad, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, el sexo, la raza y el lugar de residencia; además, se han descrito varios factores de riesgo que incluyen el consumo de alcohol, una dieta inadecuada con bajo consumo de frutas y verduras, la exposición a nitrosaminas y nitritos provenientes de alimentos, el sedentarismo y la depresión (7,11). También se han documentado factores ambientales importantes como la contaminación del agua o del suelo con materia orgánica o metales pesados como cadmio, plomo, arsénico y cromo (12).

De acuerdo con Globocan, para 2022, en el mundo se registraron 968 704 casos nuevos de cáncer gástrico (5.2 %), lo que representa una tasa estandarizada de incidencia de 9.2 por cada 100 000 habitantes, y así ocupa el sexto lugar después del cáncer de mama, próstata, pulmón, colorrectal y cuello uterino (13). Adicionalmente, se produjeron 660 175 muertes (6.8 %), esto es, una tasa estandarizada de mortalidad de 6.1 por cada 100 000 habitantes, para un séptimo lugar después del cáncer de pulmón, mama, colorrectal, hígado, próstata y cuello uterino (13). En Latinoamérica se documentaron 74 379 casos nuevos, que representan una tasa estandarizada de incidencia de 8.5 por cada 100 000 personas y 57 895 muertes, es decir, una tasa estandarizada de mortalidad de 6.5 por cada 100 000 habitantes. En Europa se presentaron 135 610 casos nuevos, lo cual equivale a una tasa de incidencia de 7.9 por cada 100 000 habitantes y 95 431 muertes, que representan una tasa estandarizada de mortalidad de 5.2 por cada 100 000 personas (13).

En Colombia hubo 8938 casos nuevos (7.6%), esto es, una tasa estandarizada de incidencia de 12.9 por cada 100 000 personas, y 6901 muertes (12.2%), que representan una tasa estandarizada de mortalidad de 9.9 por cada 100 000 habitantes. En números absolutos, el cáncer gástrico ocupó el primer lugar en mortalidad por cáncer para ambos sexos en el país en 2022, y la tasa estandarizada de mortalidad lo ubica en el tercer lugar de mortalidad, precedido por los cánceres de mama y próstata (13).

En la región latinoamericana, algunos estudios han señalado que la mortalidad es más alta, debido a una combinación de factores como el estadio de diagnóstico, determinantes sociales del paciente y su familia o barreras de acceso a servicios de salud de tipo administrativo, institucional, económico, geográfico, cultural, y de conocimiento tanto del personal sanitario como del paciente (14,15). La detección temprana es importante para mejorar el pronóstico y supervivencia por este tipo de cáncer; adicionalmente, se asocia con menores costos médicos directos e indirectos: a mayor estadio, el tipo de tratamiento cambia y los costos son mayores, tanto para el sistema de salud como los asumidos por el paciente y las pérdidas de productividad (16-18).

En el país no se conocen investigaciones que aborden aspectos a lo largo del curso de vida relacionados con hábitos y estilos de vida, acceso a servicios de salud, tiempos de oportunidad y barreras de acceso desde la aproximación de los determinantes sociales de la salud en pacientes con cáncer gástrico. Este artículo presenta las características sociodemográficas, clínicas, de atención e individuales de pacientes con cáncer gástrico temprano vs. tardío atendidos en una institución de salud en Colombia, entre 2019 y 2020.

Materiales y métodos

Este fue un estudio observacional, analítico de corte transversal, cuya unidad de análisis fue cada uno de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico atendidos por el Servicio de Gastroenterología del Instituto Nacional de Cancerología (INC) entre 2019 y 2020. La selección de los sujetos de investigación se configuró a partir de una aproximación censal de la población atendida, y previa revisión de historias clínicas, se solicitó la participación voluntaria de los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión.

Los criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres mayores de 18 años atendidos en el INC durante 2019-2020; así como pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, en cualquier estadio. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico diferente a adenocarcinoma gástrico, como linfomas, tumores estromales gastrointestinales y tumores carcinoides, pacientes con otros tumores concomitantes con el adenocarcinoma gástrico, pacientes con deterioro cognitivo y dificultades para comprender y dar el consentimiento informado para participar en la investigación.

La información la recolectó un integrante del equipo de investigación entre el 1 de septiembre de 2019 y 31 de diciembre de 2020, revisando la historia clínica de cada paciente seleccionado desde la fecha en que se le atendió por primera vez en la institución hasta la fecha en que comenzó su participación en la investigación. Adicionalmente, se aplicó un cuestionario para indagar aspectos no evidenciados en los registros clínicos previos al diagnóstico de cáncer gástrico o durante el proceso de atención por la enfermedad.

El cuestionario estaba dividido en cuatro módulos, así:

1. Aspectos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de educación, lugar de residencia actual, estrato socioeconómico, régimen seguridad social, acceso a acueducto y alcantarillado en la infancia, ocupación antes de diagnóstico, exposición ocupacional o ambiental, etc.).
2. Aspectos individuales previos al diagnóstico (consumo de alimentos como frutas, verduras, productos embutidos, encurtidos, ahumados, comidas rápidas; consumo de cigarrillo y bebidas alcohólicas; antecedentes de sobrepeso/obesidad; realización de actividad física y tipo de actividad física; antecedentes familiares de cáncer y tipo de cáncer y conocimiento de factores de riesgo para cáncer gástrico).
3. Características clínicas (síntomas percibidos inicialmente, número de ocasiones en las que consultó por los mismos síntomas, entidades donde consultó por los síntomas iniciales, ubicación de la lesión, diagnóstico anatomopatológico, infección por *H. pilory*, estadio diagnóstico, tratamiento y comorbilidades).
4. Características de atención sanitaria (fechas de consulta a lo largo del proceso de atención sanitaria, barreras de acceso, gasto de bolsillo y uso de mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud).

Este cuestionario se validó y ajustó mediante una prueba piloto previamente a la inclusión de los casos, con el fin de optimizar la calidad en la recolección de los datos y el suministro de información completa por parte de los participantes. El porcentaje de datos faltantes estrictamente aleatorio fue inferior al 5%. Como método de tratamiento se empleó el análisis con datos completos a partir del análisis de casos disponibles.

El tiempo promedio de participación de los pacientes para responder las preguntas del cuestionario fue de 40-60 minutos. El procedimiento se grabó en audio y, paralelamente, se diligenció el formato de recolección de estos datos. Luego cada uno de los cuestionarios se registró y sistematizó en la plataforma REDCap®.

Para todos los análisis estadísticos se empleó el *software* R-Project, versión 3.6.3. Entre tanto, los datos categóricos (escolaridad, nivel socioeconómico, sexo, estadio clínico, hábitos y estilos de vida, barreras de acceso, factores individuales y de servicios de salud) se describieron por medio de distribución de frecuencias absolutas (n) y relativas (%). Las variables cuantitativas se expresaron a través de medidas de tendencia central y de dispersión, según correspondiera.

Para el análisis bivariado se exploraron diferentes asociaciones entre determinantes sociales, como nivel educativo, estrato socioeconómico, área de residencia y régimen de seguridad social en salud, etc.; algunos factores de riesgo (consumo de alimentos, bebidas alcohólicas, cigarrillo, antecedentes de sobrepeso/obesidad, etc); aspectos de interés en el proceso de la enfermedad (estadio al diagnóstico, demoras en el diagnóstico, uso de mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud, etc.), y barreras de acceso (económicas, administrativas, geográficas) vs. demoras en el diagnóstico y estadio diagnóstico (temprano o tardío). El análisis se empleó la prueba de chi cuadrado (χ^2) para evaluar las asociaciones entre las variables de interés, considerando un nivel de significancia del 5% como estadísticamente significativo. Para el análisis multivariado, con el objetivo de identificar asociaciones entre diversas variables, se estudiaron correspondencias múltiples, considerándose las siguientes variables, significativas del análisis bivariado: antecedente de cáncer, antecedente de tabaquismo, estadio diagnóstico, demora en el diagnóstico y barreras económicas.

Este artículo forma parte del protocolo de investigación titulado *Características sociodemográficas, clínicas, de atención e individuales de pacientes con cáncer gástrico temprano vs. tardío atendidos en el INC durante los años 2019-2020*, identificado con el código C19010300509. El protocolo en mención lo aprobó el Comité de Ética e Investigaciones del INC, el 6 de junio de 2018, y se clasificó como un estudio sin riesgo, de acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Previo a la inclusión de los pacientes al estudio, se explicaron sus objetivos y se aclararon las inquietudes, de manera que la participación fuese voluntaria. A quienes decidieron participar se les solicitó firmar el consentimiento informado. En aras de garantizar la confidencialidad, los datos completos del paciente y los números de historia clínica, así como los formatos de consentimiento informado, lista de chequeo para la inclusión de pacientes, recolección de casos y audios fueron conservados por parte del equipo investigador.

Resultados

Participaron 139 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico: 80 hombres (57.55 %) y 59 mujeres (42.45 %); 14 de ellos (10 %) menores de 40 años. La mayoría del grupo tenía nivel educativo y socioeconómico bajo. Solo el 12 % conocía sobre factores de riesgo para cáncer gástrico. La mitad de los participantes residía habitualmente fuera de Bogotá, principalmente en municipios de los departamentos de la región central (Boyacá, Cundinamarca, Tolima y Meta); sin embargo, algunos residían en departamentos muy distantes de la capital, como Vichada, Arauca, Casanare, Nariño, Magdalena, Quindío, Caldas, Huila y Santander (tabla 1).

Tabla 1. Principales aspectos sociodemográficos de los pacientes con adenocarcinoma gástrico atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología

Variables	Valor	
Edad actual (años)	Mediana (rango intercuartílico) 61 [28-83]	
Edad al diagnóstico (años)	Mediana (rango intercuartílico) 58 [26-77]	
Régimen de seguridad social		
	n	%
Subsidiado	80	58
Contributivo	47	34
Especial	8	6
Vinculado	2	1
Otro	2	1
Estrato socioeconómico*		
	n	%
1	44	32
2	60	43
3	32	23
4	3	2
Nivel educativo		
	n	%
Sin educación	8	6
Básica primaria incompleta	28	20
Básica primaria completa	35	25
Básica secundaria incompleta	25	18
Básica secundaria completa	19	14
Técnica completa	10	7
Tecnológica	1	1
Universitaria completa	4	3
Posgrado	9	6
Lugar de residencia habitual		
	n	%
Bogotá	67	48
Fuera de Bogotá	72	52
Acceso a servicios de acueducto, alcantarillado en la infancia/adolescencia		
	n	%
Sí	60	43
No	79	57
Ocupación		
	n	%
Agricultura	26	19
Construcción	17	12
Hogar	16	11
Comercio, ventas ambulantes	11	8
Otros	69	50
Exposición ocupacional o ambiental		
	n	%
No	51	37
Sí	88	63

Continúa

Variables	Valor	
	n	%
Tipo de exposición		
Leña	38	43
Agroquímicos	24	27
Asbesto	7	8
Pegantes, pinturas, soldaduras (plomo, estaño, plata)	5	6
Otros	14	16
¿Durante cuantos años estuvo expuesto?	Mediana (rango intercuartílico) 15 [1-66] años	

*Estrato socioeconómico bajo: estratos 1 y 2; estrato socioeconómico medio: estratos 3 y 4.

En cuanto el tipo de ocupación, el 21 % desempeñaba actividades relacionadas con la agricultura; el 12 %, con el sector de la construcción; el 11 %, con el sector hogar, y el 8 %, comercio al por menor. Un 63 % de los pacientes refirió antecedentes de exposición ocupacional o ambiental principalmente a humo de leña, agroquímicos y asbesto.

Respecto a estilos de vida previos al diagnóstico: solamente el 22.3 % (n = 31) y el 29.5 % (n = 41) manifestó el consumo de frutas y verduras diariamente. El 47 % (n = 65) de los participantes consumía productos embutidos; el 11 % (n = 15), alimentos encurtidos, y un 14 % (n = 20), productos ahumados.

Por otro lado, el 50 % (n = 70) de los participantes tenía antecedentes de consumo de cigarrillo antes del diagnóstico, con una mediana de tiempo de consumo de 15 años (rango intercuartílico 1-60 años), principalmente hombres. El 45 % de ellos fumaba diariamente, en su mayoría menos de 10 cigarrillos por día, aunque un 6.3 % de ellos más de 31 cigarrillos por día, y un 22 % (n = 31) del total de participantes se identificó como fumador pasivo (principalmente mujeres). Así mismo, el 81 % (n = 113) de los participantes consumió bebidas alcohólicas previo a su diagnóstico, con una mediana de tiempo de consumo de 25 años (rango intercuartílico 1-60 años) y con una frecuencia principalmente de 2-4 veces por mes, aunque un 10.6 % (n = 12) de ellos consumía más de 2 veces por semana.

Antes de ser diagnosticados con cáncer gástrico, el 50 % de los participantes se ejercitaba con algún tipo de actividad física, con una mediana de 225 minutos por semana (rango intercuartílico 60-1080 minutos). Sin embargo, la mediana de índice de masa corporal de los participantes fue de 26.6 (rango intercuartílico 19-52.7) y un 47.4 %, 18.7 % y 2.1 % de los participantes presentaba sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, respectivamente.

En cuanto a los aspectos clínicos, el dolor abdominal fue el síntoma descrito con mayor frecuencia; sin embargo, los pacientes refirieron otros síntomas, como vómito, sensación de llenura, sangrado rectal y pérdida de peso. La infección por *H. pylori* se documentó en el 22 % (n = 31) de los registros clínicos de los pacientes, y de ellos solamente el 54 % recibió tratamiento para la infección. La mayoría de los pacientes recibió tratamientos como cirugía + quimioterapia (28.8 %), cirugía (25.2 %), o cirugía + radioterapia + quimioterapia (14,4 %). La lesión se ubicaba principalmente a nivel distal (53 %). El 57 % de los participantes no

presentó antecedentes de otras enfermedades y la mayoría de los casos de cáncer gástrico fueron diagnosticados en estadio tardío (estadios II, III y IV) (tabla 2).

Tabla 2. Principales aspectos clínicos de los pacientes con adenocarcinoma gástrico

Antecedentes familiares de cáncer	n	%
Sí	78	56
No	54	39
Desconoce	7	5
Antecedentes familiares de cáncer gástrico	n	%
Sí	38	27
No	101	73
Diagnóstico anatomopatológico	n	%
Adenocarcinoma de tipo intestinal	73	52
Adenocarcinoma de tipo difuso	44	32
Adenocarcinoma de tipo mixto	7	5
Adenocarcinoma indeterminado	15	11
Infección por <i>H. pylori</i>	n	%
Sí	31	22
No	39	28
Sin dato	69	50
Estadio en el momento del diagnóstico	n	%
I	25	18
II	46	33
III	50	36
IV	18	13
Estadio diagnóstico	n	%
Tardío (estadio II, III o IV)	114	82
Temprano (estadio I)	25	18

Con referencia a la atención sanitaria, el 87% de los pacientes (n = 121) consultó en diversas ocasiones por los mismos síntomas ante médicos generales. Al 61.2% (n = 85) de los participantes se le demoró el diagnóstico (mayor a 75 días), teniendo en cuenta el tiempo entre la fecha de percepción de síntomas y la fecha de diagnóstico.

A continuación, se describen las principales barreras de acceso que vivieron los pacientes desde el inicio de síntomas y durante el proceso de atención sanitaria.

Barreras económicas

Un 45% de los participantes (n = 63) presentó barreras económicas. Un primer grupo de pacientes describió dificultades para acceder al derecho a la salud (27%; n = 38), relacionadas con pagar traslados asociados al estado de salud del paciente, por lo que requirieron transporte en taxi o vehículos particulares o uso de taxi dentro de la ciudad, debido al desconocimiento de esta en pacientes y familiares procedentes de fuera de Bogotá; también refirieron dificultades para pago de arriendos, hospedajes o alquileres de alojamiento durante el manejo de la enfermedad, principalmente en quienes debían desplazarse hasta Bogotá y no contaban con familiares en la ciudad; así mismo, dificultades para alimentarse adecuadamente, tanto el paciente como su familiar. Un segundo grupo de pacientes (18%; n = 25) refirió tener condiciones precarias y de pobreza, que les ocasiona dificultades para cubrir necesidades básicas, debido a la falta de empleo a causa del cáncer o el cuidado permanente por parte de sus familiares.

Barreras administrativas

El 39% de los participantes se enfrentó a barreras administrativas (n = 54). Un grupo de 28 pacientes (20%) manifestó problemas administrativos relacionados con demoras por parte de las distintas empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) en las autorizaciones de servicios: consultas médicas, exámenes de diagnóstico, tratamientos, falta de agenda en las distintas citas, negación o no autorización de tratamientos y horarios inadecuados para realizar trámites. Por otro lado, un segundo grupo de 26 pacientes (19%) manifestó barreras administrativas relacionadas principalmente con terminación de contratos entre las diferentes EAPB y las entidades para el manejo del cáncer; falta de continuidad en la atención, y traslado a otros centros, lo que obligaba al paciente, en muchos casos, a empezar todo el proceso de nuevo en la entidad a la que se remitió.

Barreras de tipo geográfico

El 30% de los pacientes refirió barreras de tipo geográfico (n = 41) y una mediana de tiempo para desplazamiento desde su lugar de residencia hasta el INC en Bogotá de 2 horas (rango intercuartílico de 0.16-10 horas). Las razones consideradas barreras de tipo geográfico fueron la distancia al centro poblado más cercano para tomar transporte interdepartamental, la distancia desde su lugar de residencia hasta el INC, cierres y derrumbes en la vía (principalmente referido por pacientes procedentes de los Llanos Orientales), falta de transporte público interdepartamental durante las cuarentenas y confinamientos por el covid-19, lo que obligó a algunos pacientes a dejar de asistir a controles o tratamiento y otros pacientes tuvieron que asumir los costos de traslado hasta Bogotá en vehículos particulares para continuar el manejo de la enfermedad.

Barreras de comunicación

El 20% de los participantes (n = 28) refirió falta de comunicación e información por parte de personal de servicios de salud, falta de explicación sobre el diagnóstico, la alimentación y manejo de la enfermedad, y falta de orientación en trámites administrativos en las distintas entidades de salud donde fueron atendidos.

Barreras de tipo humano

El 20% de los participantes (n = 27) señaló falta de humanización por parte de personal de servicios de salud. Refieren trato duro y tosco, rechazo, mal trato, comentarios respecto a olor de pacientes y comportamiento grosero en las distintas entidades de salud donde fueron atendidos. El 5% de los participantes (n = 7) señala barreras de acceso culturales relacionadas con discriminación o estigmatización por ser adulto mayor o relacionados con el diagnóstico de cáncer.

Gastos de bolsillo

Además de lo anterior, algunos pacientes tuvieron que realizarse exámenes, procedimientos o consultas médicas de manera particular y asumir el gasto de bolsillo, por las demoras en la asignación de estos o negación por parte de las entidades de salud. Un 43% de estos participantes recurrió a créditos bancarios o préstamos de dinero por parte de familiares o amigos para pagar los servicios de salud.

Exigibilidad jurídica del derecho a la salud

Un 30% de los pacientes empleó mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud como derecho de petición o acción de tutela, principalmente con el fin de solicitar atención integral y continuidad en el manejo del cáncer, autorización de exámenes, procedimientos y tratamientos (tabla 3).

Tabla 3. Aspectos de la atención sanitaria de los pacientes con adenocarcinoma gástrico

Variable	Valor	
Tiempo entre la percepción de síntomas y la primera consulta resolutive (número de días)	Mediana [RIQ] 151 [0-2708]	
Tiempo transcurrido entre la consulta inicial resolutive y realización de EVDA + biopsia (número de días)	Mediana [RIQ] 16,5 [0-504]	
Tiempo transcurrido entre la realización de EVDA + biopsia y entrega del resultado de la biopsia (número de días)	Mediana [RIQ] 14 [0-68]	
Tiempo transcurrido entre la consulta médica inicial resolutive y el diagnóstico (número de días)	Mediana [RIQ] 39 [2-1400]	
Tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento (número de días)	Mediana [RIQ] 73 [2-671]	
Barreras de acceso económicas desde el inicio de síntomas y durante proceso de atención sanitaria	n	%
Sí	63	45
No	76	55
Gasto de bolsillo (pago de consultas médicas)*	n	%
Sí	62	44,6
No	77	55,4
¿Cuánto pagó en total por estas consultas? (COP)**	Mediana [RIQ] 200 000 [34 000-2 000 000]	
Gasto de bolsillo (pago de exámenes de diagnóstico)*	n	%
Sí	64	46
No	75	54
¿Cuánto pagó en total por estos exámenes de diagnóstico? (COP)**	Mediana [RIQ] 450 000 [12 000-4 000 000]	
Empleó de mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud	n	%
Sí	41	29,5
No	98	70,5

RIQ: rango intercuartílico.

*Gasto de bolsillo: gastos asumidos por el propio paciente.

** 3761 COP = 1 USD (octubre de 2021).

Asociaciones del análisis bivariado

Como resultado del análisis bivariado, se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre nivel educativo vs. consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0.0001$); nivel educativo vs. realización de actividad física ($p = 0.022$); nivel educativo vs. estadio diagnóstico ($p = 0.0077$), y nivel educativo vs. conocimiento de factores de riesgo para cáncer gástrico

($p = 0.015$). Así mismo, estrato socioeconómico vs. consumo de bebidas alcohólicas ($p = 0.016$); estrato socioeconómico vs. conocimiento de factores de riesgo ($p = 0.019$), y barreras económicas desde el inicio de los síntomas vs. el estadio diagnóstico ($p = 0.0321$). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre los siguientes aspectos principalmente: sexo vs. estadio diagnóstico ($p = 0.97$); departamento residencia habitual vs. demora en el diagnóstico ($p = 0.112$); departamento de residencia vs. consultas médicas de manera particular ($p = 0.188$); departamento de residencia vs. empleo de mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud ($p = 0.155$) (tabla 4).

Tabla 4. Análisis bivariado a partir de algunos aspectos determinantes y algunos factores de riesgo y aspectos de atención sanitaria de los pacientes con adenocarcinoma gástrico

Variables relacionadas con aspectos individuales (valores de p)							
Aspecto determinante	Consumo de frutas a diario	Consumo de verduras a diario	Consumo de cigarrillo	Consumo de bebidas alcohólicas	Realización de actividad física	IMC	Conocimiento de FR CG
Nivel educativo	0.53	0.26	0.12	0.00001*	0.022*	0.85	0.015*
Estrato socioeconómico	0.91	0.36	0.15	0.016*	0.09	0.53	0.019*
Área de residencia (urbana-rural)	0.3	0.32	0.96	0.92	0.39	0.63	0.7
Variables de atención sanitaria (valores de p)							
Aspecto	Estadio diagnóstico tardío-temprano	Demora en el diagnóstico	Gasto bolsillo consultas médicas	Gasto de bolsillo exámenes diagnósticos	Mecanismo de exigibilidad jurídica del derecho a la salud		
Nivel educativo	0.0077*	0.59	0.17	0.27	0.11		
Régimen de afiliación SGSS	0.64	0.75	0.23	0.26	0.36		
Estrato socioeconómico	0.32	0.64	---	---	---		
Barreras económicas desde inicio de síntomas	0.0321*	0.663	---	---	---		
Barreras administrativas desde el inicio de los síntomas	0.1455	0.4796	---	---	---		
Barreras geográficas desde el inicio de los síntomas	0.06	0.07	---	---	---		

$p < 0.05$.

IMC: índice de masa corporal; FR: factores de riesgo; CG: cáncer gástrico; SGSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Análisis multivariado

Por último, como parte del análisis multivariado, el análisis de correspondencias múltiples mostró un porcentaje de varianza del 18.23% para la conformación del primer eje y del 17.71% para el segundo eje. Las categorías que más contribuyeron en la formación de los dos ejes fueron: los pacientes sin demoras en el diagnóstico, sin antecedentes de cáncer, sin barreras económicas y con diagnóstico en estadio temprano. Mediante este análisis se encontró una fuerte asociación entre el estadio diagnóstico y las barreras económicas, debido a que la mayoría de los pacientes con estadio temprano no refirieron barreras económicas (figura 1).

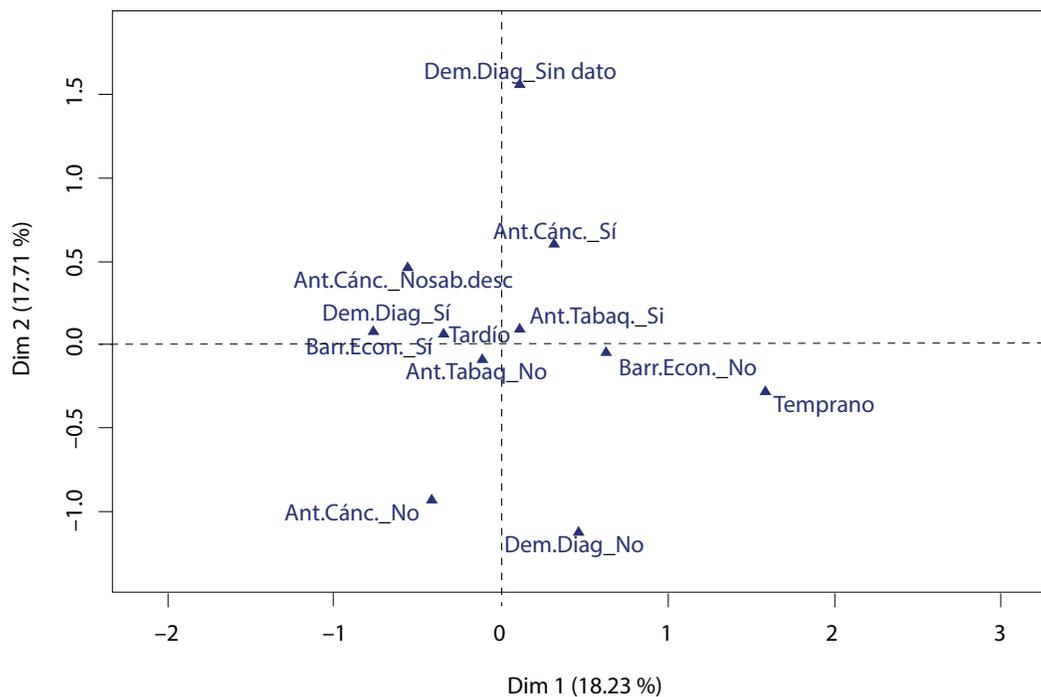


Figura 1. Análisis de correspondencias múltiples a partir de algunos aspectos determinantes de los pacientes con adenocarcinoma gástrico (mapa perceptual)

Discusión

Colombia es uno de los países con mayor desigualdad en el mundo y es el país con más desigualdades territoriales de Latinoamérica, debido a diferencias en dimensiones como educación, salud, bienestar y cohesión, actividad económica, instituciones, seguridad, medio ambiente y género (19). De acuerdo con el Banco Mundial, la medida más común de desigualdad es el coeficiente de Gini, que para Colombia en 2019 fue de 51.3. Este valor es alto comparado con los países de la región latinoamericana y comparado con algunos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (20). Asimismo, las

cifras de pobreza en Colombia han sido altas y proporcionales con la desigualdad; en 2020, la pobreza monetaria en Colombia llegó al 42.5 % de la población, y la pobreza monetaria extrema fue un 15.1 % en el total nacional (21). Para los años siguientes a la pandemia por covid-19 se observó una ligera disminución en las cifras de la pobreza monetaria: en 2021 fue del 39.7 %, y en 2022, del 36.6 %. Así mismo, se presentó una ligera disminución en las cifras de pobreza monetaria extrema, al pasar del 15.1 % en 2020 al 13.8 % en 2022 (22). Si bien ha habido una ligera disminución en las tasas de pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema, es importante señalar que los aspectos relacionados con la desigualdad y la pobreza repercuten en las vidas de los pacientes antes de presentar el diagnóstico y en el momento de acceder a los servicios de salud.

Según los hallazgos de esta investigación, la mayoría de los pacientes presentaba un nivel educativo y socioeconómico bajos, y solo un 12 % conocía acerca de los factores de riesgo relacionados con el cáncer gástrico; además, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre nivel educativo vs. consumo de bebidas alcohólicas, realización de actividad física, estadio diagnóstico y conocimiento de factores de riesgo para cáncer gástrico. Así mismo, para estrato socioeconómico vs. consumo de bebidas alcohólicas y conocimiento de factores de riesgo, y barreras económicas desde el inicio de los síntomas vs. el estadio diagnóstico.

Lo anterior sugiere la importancia de determinantes sociales de la salud como la posición socioeconómica y el nivel educativo a lo largo del curso de vida del paciente, tanto en la exposición a algunos factores de riesgo como a lo largo del proceso de atención sanitaria y un diagnóstico tardío. Un informe de la IARC sobre inequidades en el cáncer resalta que el nivel educativo es reflejo del estatus socioeconómico de la infancia y es determinante del tipo de empleo y del nivel de ingresos; además, determina valores, comportamientos y habilidades para la vida, aparte de que afecta el acceso a la atención sanitaria y la información en salud (4).

Respecto a lo anterior, De Vries et al. (23) señalan que un menor estatus socioeconómico se asocia con mayor prevalencia de factores de riesgo de cáncer y menor utilización de servicios sanitarios, debido a menores recursos, menor conciencia, acceso deficiente debido a largas distancias o al impacto sobre ingresos al tomarse tiempo para consultar. Por otro lado, Valdivieso Rodríguez (24), en un estudio peruano, muestra que la mortalidad por cáncer gástrico es mayor en las regiones pobres de la sierra, como Huánuco, Huancavelica, Pasco y Cajamarca, frente a la mortalidad promedio del país de 16.3/100 000 habitantes.

Los resultados de este estudio señalan demora en todo el proceso de atención, pero principalmente en la fase inicial: un 87 % de los pacientes consultó en varias ocasiones por los mismos síntomas, y en un 61.2 % de casos el diagnóstico se dio después de 75 días (tiempo entre la iniciación de los síntomas y el diagnóstico). Muchos participantes consultaron en repetidas ocasiones; sin embargo, se trataron medicamente con inhibidores de bomba de protones, sin solicitar estudios que confirmaran o descartaran una gastritis o un cáncer. Un

estudio desarrollado por investigadores de la Universidad del Rosario en el mismo Instituto, en 2021, evidenció diferencias en los tiempos de oportunidad en el inicio de tratamiento, de acuerdo con las modalidades de contratación entre la EAPB y el INC. Señalan que hay aproximadamente 28 días más de espera para el inicio del primer tratamiento en los pacientes atendidos bajo la modalidad de pago global prospectivo, desde la primera consulta, frente a aquellos atendidos bajo pago por evento (25).

En España, Bernal et al. (26) observaron tiempos menores a lo largo de todo el proceso de atención sanitaria desde el comienzo de los síntomas: mediana de 71 días desde los primeros síntomas hasta la primera consulta resolutoria, mediana de 14 días desde la primera consulta hasta cuando se tiene el resultado de cáncer con la patología definitiva, mediana de 26 días desde el diagnóstico de cáncer hasta el inicio de tratamiento. De acuerdo con Brand et al. (27), los pacientes con menor nivel educativo, socioeconómico y residencia rural presentan más demoras y barreras para la atención del cáncer. Estos factores se convierten en barreras para promover programas de detección del cáncer gástrico y, por lo tanto, es necesario conocer e identificar estos elementos del contexto previamente con el fin de diseñar programas acordes a la realidad (28).

Los participantes de la investigación señalaron barreras de acceso a los servicios de salud desde el momento en que empezaron a consultar por los síntomas iniciales hasta el momento de ser tratados y diagnosticados por el cáncer. Hallazgos similares se describen en estudios en Santander (Colombia), donde se evidenciaron barreras para la atención en salud relacionadas con segmentación institucional y fragmentación operativa del sistema de salud, que repercuten en un estadio más avanzado a la hora de diagnóstico, la calidad de vida del paciente y el impacto psicosocial tanto para el paciente como para su familia (14,29).

En este estudio, el 82 % de los participantes fueron diagnosticados en estadio avanzado; resultados muy similares a los datos reportados por la Cuenta de Alto Costo de Colombia, en cuanto a una mayor estadificación de los pacientes en estadio avanzado. Se ha observado una mayor representación de casos estadificados en estadio IV, con un 37%; seguido del estadio III, con un 29.5%; estadio II, con un 13.1%; estadio I, con un 18.2%, y carcinoma *in situ*, con un 1.9% (30).

Una importante cantidad de participantes (3 de cada 10 pacientes en este grupo de casos) empleó mecanismos de exigibilidad jurídica del derecho a la salud, debido a barreras de acceso relacionadas con negación de tratamientos o procedimientos para el manejo integral del cáncer gástrico. Según el informe de la Defensoría del Pueblo sobre la tutela y los derechos a la salud, en Colombia, para 2019, los pacientes con cáncer realizaron 68 429 solicitudes, en 26 939 tutelas (12.99 % de las tutelas en salud). Específicamente para cáncer gástrico, se presentaron 1361 tutelas (5.05 %) del total (31).

Para 2022, el 13.83 % de las acciones de tutela en salud de los regímenes subsidiado y contributivo correspondían a pacientes con diagnósticos de neoplasias. Esto indica un leve

aumento comparado con 2019. Las tutelas señalaban falta de acceso efectivo al tratamiento, limitaciones en oportunidad en citas con especialistas, falta de disponibilidad de medicamentos e insumos médicos, insuficiencia de redes de atención oncológica y traslados de entidades para manejo del cancer (32).

En esta investigación, un 43 % de los participantes recurrió a créditos bancarios o préstamos de dinero por parte de familiares o amigos para cubrir los servicios de salud. Esto señala la alta prioridad que las personas otorgan a la salud y a los bienes y servicios asociados, ya que son considerados elementos de primera necesidad. La disposición a endeudarse para cubrir estos gastos es significativa y puede tener consecuencias graves, como llevar a los hogares a situaciones de pobreza. De acuerdo con un estudio de la Universidad Icesi, el gasto de bolsillo en salud básico en toda Colombia se sitúa en el 24.85 %, cifra que aumenta al 33.31 % cuando se presenta un gasto de bolsillo en salud ampliado, que incluye adicionalmente transportes y medicamentos (33). De esta manera, el gasto de bolsillo en este grupo de pacientes con cáncer gástrico atendidos en el INC es muy superior al 33.31 %.

Sumado a lo anterior, el 57 % de los participantes reportó no haber tenido acceso a servicios de acueducto y alcantarillado durante su infancia, y un 50 % vivió en áreas rurales en ese periodo. Es relevante considerar que la infección por *H. pylori* suele adquirirse en la infancia. Dicha bacteria se puede transmitir a través del consumo de alimentos o agua contaminados o no tratada. La prevalencia de *H. pylori* varía según el nivel de urbanización, las condiciones de saneamiento, el acceso a agua potable y el nivel socioeconómico (34,35).

Además, un número significativo de los pacientes informó tener ocupaciones relacionadas con la agricultura y mencionó exposición ocupacional o ambiental a pesticidas, agroquímicos y al humo de leña, utilizado en la cocción de alimentos. Este hallazgo es consistente con estudios realizados en Cajamarca (Perú), que identifican la ocupación agrícola como un factor de riesgo predominante debido a la exposición a estos agentes (36).

En cuanto a características clínicas y sociodemográficas, los resultados son semejantes al estudio multicéntrico internacional REGATE, en el que participaron pacientes de diferentes regiones del país (37), así como con resultados de un estudio realizado en Pasto (Colombia), con similar altitud que Bogotá (38). Por otro lado, un estudio en Cartagena (Colombia) describe características sociodemográficas semejantes; sin embargo, hay diferencias en cuanto al lugar de ubicación de la lesión, que fue más común en el nivel proximal, en un 60 % (39).

Conclusión

Los hallazgos de esta investigación y la revisión de la literatura evidencian que los elementos estructurales de desigualdad impactan significativamente en aspectos cruciales como el nivel educativo, la posición socioeconómica, la ocupación y la acumulación de factores

de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos elementos también afectan el acceso a la atención sanitaria en todas sus fases, desde la promoción, prevención y diagnóstico hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Es esencial establecer políticas y programas que aborden estos determinantes sociales, con el fin de mejorar la prevención, la detección temprana y el tratamiento del cáncer gástrico. Dichas políticas deben alinearse con los elementos esenciales del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud.), como lo establece la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (40), y la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (41).

Asimismo, debe contemplar el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública, la Circular Externa 010 de 2024 y las leyes 1384 de 2010 y 2360 de 2024, que reiteran que el cáncer es una enfermedad de interés en materia de salud pública y consideran que las personas con este diagnóstico son sujetos de protección especial (42-46). En el país, la mayoría de los casos de cáncer gástrico se detectan en estadios avanzados. Por ello, es urgente implementar políticas que promuevan el diagnóstico temprano para superar las barreras de acceso al derecho a la salud.

En este proceso, el rol del médico general es fundamental; a través de una historia clínica completa que incluya la evaluación de factores de riesgo, antecedentes familiares, síntomas y hallazgos físicos, se puede determinar la necesidad de realizar una endoscopia y biopsia. Esta práctica es fundamental para el diagnóstico temprano del cáncer gástrico, especialmente en pacientes con alto riesgo, y puede ser decisiva para mejorar los resultados de salud en esta población.

En ese sentido, es necesario entender los itinerarios terapéuticos y burocráticos que viven los pacientes, con el fin de diseñar estrategias efectivas que eliminen las barreras en el acceso a la atención sanitaria y faciliten una detección y tratamiento oportunos. Esta comprensión no solo mejoraría las tasas de supervivencia, sino que reduciría el impacto en los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

Además de abordar los desafíos en el acceso a la atención médica, es crucial establecer políticas públicas que ofrezcan protección material y económica a los pacientes y sus familias. Estas políticas deben buscar prevenir la precarización de sus vidas debido a la enfermedad, garantizando que no se vean forzados a asumir el proceso de la enfermedad en condiciones de pobreza. Proporcionar apoyo económico y laboral puede ser vital para asegurar que los pacientes reciban la atención necesaria sin enfrentarse a dificultades económicas que agraven su situación. De esta manera, no solo se mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias; también se contribuye a una equidad más amplia en el acceso a la salud y en la protección social.

Por otro lado, cabe resaltar el papel que desempeñan las distintas organizaciones de la sociedad civil que apoyan el paciente con cáncer y que en muchos casos son desconocidas

para el paciente y su familia, y que pueden constituirse en un factor fundamental para atravesar el proceso de enfermedad.

Este estudio tiene algunas limitaciones, dado que los resultados no se pueden generalizar a toda la población, ya que las características sociodemográficas solo representan a una parte de la población atendida en el INC. Sin embargo, se considera que vale la pena realizar estudios a futuro que incluyan una muestra más grande y representativa de contextos sociales, económicos y de prestación de servicios de salud en los diferentes territorios de país.

Agradecimientos

Acada uno de los pacientes y sus familias, por su tiempo, disponibilidad y generosidad para permitirnos conocer sus historias de vida en torno a un proceso tan complejo como el cáncer gástrico.

A Luisa Fernanda Barajas Garzón, profesional del equipo de monitoría del INC, por el acompañamiento administrativo para garantizar la calidad de la información recolectada. A Gustavo Adolfo Burgess Castro, profesional de la Unidad de Análisis de Datos del INC, por el apoyo en el análisis de los datos.

Financiación

La investigación contó con el apoyo financiero del INC, mediante la asignación de recursos inversión provenientes de la nación 2019-2021 (código C19010300509).

Se realizó la presentación de póster titulado: “Acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer gástrico”, durante la VII Jornada de Investigación en Cáncer, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, 11 y 12 de noviembre de 2021.

Se realizó la presentación del póster titulado: “Características sociodemográficas, individuales, clínicas y de atención en pacientes con cáncer gástrico, atendidos en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá-Colombia”, en el XVII Encuentro Científico, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, 24-26 de noviembre 26 de 2021.

Contribución de los autores

Devi Nereida Puerto Jiménez y Sandra Milena Manrique López realizaron la conceptualización e investigación. Sandra Milena Manrique López recolectó datos, los sintetizó,

escribió el borrador del manuscrito y ajustó el manuscrito final. Sandra Milena Manrique López y Ricardo Oliveros Wilches diseñaron el formato de recolección de casos. Devi Nereida Puerto Jiménez administró el estudio y obtuvo la financiación. Devi Nereida Puerto Jiménez, Ricardo Oliveros Wilches y María Lourdes Calderón Mendoza llevaron a cabo la revisión crítica de borrador de manuscrito. Todos los autores interpretaron los resultados, y revisaron y aprobaron la versión final.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Referencias

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). World cancer report: cancer research for cancer prevention [internet]. Lyon, France: IARC Scientific Publications; 2020 [citado 2024 mar 4]; 17. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-Cancer-Research-For-Cancer-Prevention-2020>
2. McDaniel J, Nuhu K, Ruiz J, Alorbi G. Social determinants of cancer incidence and mortality around the world: an ecological study. *Glob Health Promot*. 2019;26(1):41-49. <https://doi.org/10.1177/1757975916686913>
3. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud: informe de la Secretaría [internet]. Ginebra; 2009 [citado 2021 jun 15]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf
4. International Agency for Research on Cancer (IARC). Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research [internet]. Lyon, France: IARC Scientific Publications; 2019 [citado 2021 jul 23]; 168. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Reducing-Social-Inequalities-In-Cancer-Evidence-And-Priorities-For-Research-2019>
5. Organización Panamericana de la Salud. Construir la salud a lo largo del curso de vida [internet]. Washington; 2021 [citado 2021 jun 12]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53368/9789275323021_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
6. McCutchan G, Wood F, Edwards A, Richards R, Brain K. Influences of cancer symptom knowledge, beliefs and barriers on cancer symptom presentation in relation to socio-economic deprivation: a systematic review. *BMC Cancer*. 2015;15. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1972-8>
7. Otero Regino W, Gómez MA, Castro D. Carcinogénesis gástrica. *Rev Col Gastroenterol*. 2009;24(3):314-29.

8. Oliveros R, Pinilla-Morales R, Facundo-Navia H, Sánchez-Pedraza R. Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. *Rev Col Gastroenterol*. 2019;34(2):177-89. <https://doi.org/10.22516/25007440394>
9. International Agency for Research on Cancer (IARC). Monographs on the identification of carcinogenic hazards to humans-*Helicobacter pylori* [internet]. Lyon, France: IARC Scientific Publications; 2018 [citado 2021 mar 15]. Disponible en: <https://monographs.iarc.who.int/wpcontent/uploads/2018/06/mono100B-15.pdf>
10. International Agency for Research on Cancer (IARC). List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, IARC monographs volumes 1-136 [internet]. Lyon, France; 2019 [citado 2024 mar 4]. Disponible en: https://monographs.iarc.who.int/wp-content/uploads/2019/07/Classifications_by_cancer_site.pdf
11. Yusefi A, Lankarani K, Bastani P, Radinmanesh M, Kavosi Z. Risk factors for gastric cancer: a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(3):591-603. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.591>
12. Yin J, Wu X, Li S, Li C, Guo Z. Impact of environmental factors on gastric cancer: a review of the scientific evidence, human prevention and adaptation. *J Environ Sci (China)*. 2020;89:65-79. <https://doi.org/10.1016/j.jes.2019.09.025>
13. International Agency for Research on Cancer (IARC). The Global Cancer Observatory: Globocan. Lyon, France; 2022 [citado 2024 oct 20]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&cancers=7&populations=908&group_populations=0&key=asr&types=1&sort_by=value0
14. Mantilla Villabona LY, Maturana Martinez DMA, Ospina Galeano DC, Amado Niño AM, Uribe Perez CJ. Barreras para la atención en salud durante el diagnóstico y el tratamiento del cáncer gástrico. *MedUnab*. 2017;19(3):211-20. <https://doi.org/10.29375/01237047.2262>
15. Brito M, De Santana E, Porfirio C, Costa DJ, Andrade C, Moura M, et al. Cultural, social, and healthcare access factors associated with delays in gastric cancer presentation, diagnosis, and treatment: a cross-sectional study. *J Cancer Policy*. 2021;28:100277. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2021.100277>
16. Celis Ortega CJ. Cáncer gástrico en Norte de Santander: evaluación económica de alternativas de política pública [tesis de maestría en internet]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2021 [citado 2021 ago 3]. Disponible en: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/48521>
17. Kim J, Soo K, Hoon J, Jung D, Cheung D, Chung W, et al. Early detection is important to reduce the economic burden of gastric cancer. *J Gastric Cancer*. 2018;18(1):82-9. <https://doi.org/10.5230/jgc.2018.18.e7>
18. Gaviria Ospina A, Cubillos Varón LA. Costos médicos directos en el tratamiento del cáncer gástrico en los estadios 0 a IIIb en pacientes adultos en Colombia [tesis de grado en internet]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA); 2015 [citado 2021 jul 21]. Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/334/TRABAJO%20PDF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. IDERE LATAM. El Índice de Desarrollo Regional Latinoamérica: informe ejecutivo. 2021 [citado 2021 jul 28]. Disponible en: <http://www.iderelatam.com/wp-content/uploads/2020/10/IDERE-LATAM-2020-Resumen-Ejecutivo.pdf>

20. The World Bank. Gini Index. World Bank estimate [citado 2021 jun 10]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicador/SI.POV.GINI>
21. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y pobreza monetaria extrema. Bogotá; 2021 [citado 2021 nov 4]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
22. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de situación de salud. Bogotá: Dirección de Epidemiología y Demografía; 2023.
23. De Vries E, Arroyave I, Pardo C. Time trends in educational inequalities in cancer mortality in Colombia, 1998-2012. *BMJ Open*. 2016;6(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008985>
24. Valdivieso Rodríguez M. Carcinoma gástrico: factores de riesgo. Rol del *Helicobacter pylori*. *Diagnóstico*. 2021;60(2):79-85. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v60i2.284>
25. Ávila Pulido GM, Ayala Martínez HA. Oportunidad en el inicio de tratamiento en pacientes con cáncer gástrico atendidos bajo diferentes modelos de contratación entre el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y el asegurador [tesis de maestría en internet]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2021. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/items/80323b08-f056-421e-8889-5dedb6cd9890/full>
26. Bernal Pérez M, Gómez Bernal FJ, Gómez Bernal GJ. Tiempos de demora en el diagnóstico del cáncer. *Aten Prim*. 2001;27(2):79-85. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78778-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78778-1)
27. Brand N, Qu L, Chao A, Ilbawi A. Delays and barriers to cancer care in low- and middle-income countries: a systematic review. *Oncologist*. 2019;24:1371-80. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0057>
28. Hatamian S, Etesam S, Mazidimoradi A, Momenimovahed Z, Salehiniya H. The barriers and facilitators of gastric cancer screening: a systematic review. *J Gastrointest Cancer*. 2021;52:839-45. <https://doi.org/10.1007/s12029-021-00652-8>
29. Uribe Pérez CJ, Amado Niño AM, Rueda Patiño AM, Mantilla Villabona LY. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia: etapa exploratoria. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2019;34(1):17-22. <https://doi.org/10.22516/25007440.353>
30. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo [CAC]: situación del cáncer en la población adulta atendida en el sgsss de Colombia 2018 [internet]. Bogotá: CAC; 2019 [citado 2021 oct 30]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia/>
31. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y seguridad social 2019 [internet]. Bogotá; 2020 [citado 2021 ago 4]. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>
32. Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022. Bogotá: Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social; 2022.
33. Maldonado N, Martínez AF, Restrepo JH, Prada S. Gasto de bolsillo en salud. En: Maldonado N, Soto V, Guerrero R, editores. *MESA: monitoreo y evaluación de economía de la salud* [internet]. Cali: Universidad Icesi, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud; 2023 [citado 2024 mar 4]. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/proesa/images/mesa/mesa-gasto-de-bolsillo-en-colombia.pdf>

34. Otero W. *Helicobacter pylori* en agua potable: ¿es la ruta de la infección? Acta Med Colomb. 2017;42(2):87-9.
35. Hooi JK, Lai WY, Ng WK, Suen MM, Underwood FE, Tanyingoh D, et al. Global prevalence of *Helicobacter pylori* infection: systematic review and meta-analysis. Gastroenterology. 2017;153:420-9. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.04.022>
36. Sagastegui Gonzales N. Factores de riesgo asociados al cáncer gástrico en pacientes adultos atendidos en consultorios externos del servicio de gastroenterología, Hospital Regional Docente, Cajamarca - 2016 [tesis de especialización en internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2021 [citado 2021 oct 20]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20500.14074/4003>
37. Oliveros R, Navarrera LF. Diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer gástrico en Colombia desde 2004 a 2008 (REGATE-Colombia). Rev Colomb Gastroenterol. 2012;27(4):269-74.
38. Portillo JD, Araújo LM, Melo JM, Carlosama Y. Características sociodemográficas e histopatológicas en pacientes con cáncer gástrico en una población con alto riesgo en Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(1):18-23. <https://doi.org/10.22516/25007440544>
39. Hoyos JC, Hernández J, Santos AM. Caracterización del cáncer gástrico abordado por laparoscopia en un centro del Caribe colombiano. Rev Colomb Cir. 2020;35:575-82. <https://doi.org/10.30944/20117582795>
40. Organización de las Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación general N 14. Ginebra, Suiza; 2000.
41. Ley 1751 de 2015, 16 de febrero, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones [internet]. Diario Oficial n.º 49427 [citado 2021 ago 19] Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
42. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026, Colombia potencia mundial de la vida. Bogotá; 2023.
43. Resolución 2367 de 2023, Plan Decenal de Salud pública 2022-2031. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
44. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, Superintendencia Nacional de Salud. Circular conjunta externa 010-plan de choque; 2024.
45. Ley 1384 del 19 de abril de 2010, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia [internet]. Congreso de Colombia [citado 2024 ago 19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/cancer%20adulto%20Ley%201384%202010.pdf>
46. Ley 2360 del 14 de junio de 2024, por medio de la cual se modifica y adiciona la Ley 1384 de 2010 reconociendo para los efectos de esta ley como sujetos de especial protección constitucional a las personas con sospecha o que padecen cáncer [internet]. Congreso de la República; 2024 [citado 2024 ago 19] Disponible en: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/06/LEY-2360-DEL-14-DE-JUNIO-DE-2024.pdf>