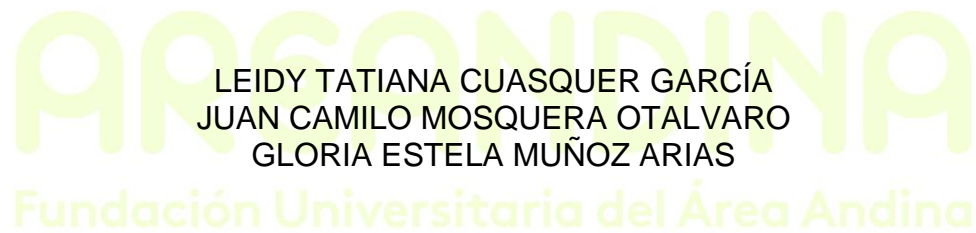


**BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA ACCEDER A QUIMIOTERAPIA,  
PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO EN INSTITUCIÓN DE ALTA  
COMPLEJIDAD, 2019-2**



LEIDY TATIANA CUASQUER GARCÍA  
JUAN CAMILO MOSQUERA OTALVARO  
GLORIA ESTELA MUÑOZ ARIAS

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD,  
COHORTE XXVI  
PEREIRA  
OCTUBRE 30 DE 2020**

**BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA ACCEDER A QUIMIOTERAPIA,  
PACIENTES CON CÁNCER MAMARIO EN INSTITUCIÓN DE ALTA  
COMPLEJIDAD, 2019-2**

LEIDY TATIANA CUASQUER GARCÍA  
JUAN CAMILO MOSQUERA OTALVARO  
GLORIA ESTELA MUÑOZ ARIAS

Trabajo para optar por el título de Especialista en Auditoría en Salud

**AREA ANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

DIEGO CARMONA CARMONA  
Asesor temático

CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN  
Asesora metodológica

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN INSTITUCIONES DE SALUD,  
COHORTE XXVI  
PEREIRA  
OCTUBRE 30 DE 2020**

Nota de aceptación.

---

---

---

---

---

---

---

Firma del jurado



---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Pereira, 30 de octubre de 2020

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradecemos en primer lugar a Dios, a nuestras familias y a todas las personas que hicieron parte de este proceso que culmina exitosamente.*

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

## CONTENIDO

	Pág.
1. PROBLEMA	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. ANTECEDENTES	15
3.1.1 Generalidades del cáncer.	19
3.1.2 Cáncer de mama a través de la historia.	19
3.1.3 El cáncer de mama.	19
3.1.4 Diagnóstico del cáncer de mama.	19
3.1.5 Tratamiento del cáncer de mama.	19
3.1.6 Barreras administrativas en salud.	19
3.1.7 Plan de Mejora.	19
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. MARCO REFERENCIAL	21
5.1 MARCO TEÓRICO	21
5.1.1 Generalidades del cáncer.	21
5.1.2 Cáncer de mama a través de la historia.	21
5.1.3 El cáncer de mama.	22
5.1.4 Diagnóstico del cáncer de mama.	24
5.1.5 Tratamiento del cáncer de mama.	25
5.1.6 4.Barreras administrativas en salud.	25
5.1.7 Plan de Mejora.	28
5.2 MARCO CONCEPTUAL	28
5.2.1 Palabras clave.	29
5.3 MARCO NORMATIVO	29
6. METODOLOGÍA	32
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
6.2 POBLACIÓN	32
6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS	32
6.4 MUESTRA	32
6.4.1 Marco muestral.	32
6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
6.7 VARIABLES	33
6.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	33
6.9 PLAN DE ANÁLISIS	33
6.10 COMPROMISO BIOÉTICO	33

6.11 IMPACTO SOCIAL	34
6.12 CRONOGRAMA	34
6.13 PRESUPUESTO	34
RESULTADOS	35
6.14 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	35
6.14.1 Variables sociodemográficas	35
6.14.2 Análisis Bivariado.	38
6.15 PLAN DE MEJORA	40
7. DISCUSIÓN	42
8. CONCLUSIONES	44
9. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	53

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Etapas del cáncer de mama y sus definiciones	23
Cuadro 2. Barreras de acceso en la oferta y la demanda	27
Cuadro 3. Marco Legal y Normativo relacionado con el proyecto.	29
Cuadro 4. Variables	33
Cuadro 7. Distribución de las variables sociodemográficas en la población de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.	35
Cuadro 6. Barreras administrativas edificadas en la población de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.	36
Cuadro 7. Cruce de variables más representativas en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.	39
Cuadro 8. Plan de mejora en base a los hallazgos encontrados en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.	40

## LISTA DE FIGURAS

**Pág.**

Figura 1. Aspectos relevantes de la percepción del acceso a los servicios de salud .....	26
---	----

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina



## LISTA DE GRÁFICAS

**Pág.**

Gráfica 1. Análisis bivariado para las variables tiempos transcurrido entre formulación y administración de la quimioterapia vs la causa del retraso en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019. .....	38
--	----

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo 1. Cronograma de actividades del proyecto de investigación .....	53
Anexo 2. Presupuesto.....	54

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

# 1. PROBLEMA

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de seno o cáncer de mama es considerado una de las principales causas de muerte de mujeres en el mundo especialmente en los países en desarrollo dado que el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas de la enfermedad y el acceso a los tratamientos también puede tardar, lo cual genera una mayor tasa de mortalidad (1). En este sentido se ha encontrado que para Latinoamérica el cáncer más común entre las mujeres es el cáncer de mama ocupando el segundo lugar en mortalidad con cerca de 300.000 muertes al año y más de 1,2 millones de casos, se prevé que esta cifra puede aumentar en un 34% para el 203, lo que supone una mayor incidencia y mortalidad femenina por esta causa, provocando la disminución de expectativa y calidad de vida para las mujeres de esta región y en su mayoría de las mujeres menores de 65 años (2).

Específicamente en Colombia el cáncer se ha considerado una enfermedad de importancia en salud pública, siendo el cáncer de mama el de mayor incidencia y que más casos reporta en la población femenina colombiana con cerca de 4508 casos para el 2019 y una mortalidad superior al 15% (3), de esta forma se evidencia como el cáncer de mama presenta una tasa de mortalidad significativa en el país debido a las detección tardía de muchos de los casos y a las distintas barreras que encuentran estos pacientes para acceder al tratamiento oncológico requerido siendo una de las más relevantes la concentración de los servicios oncológicos en las ciudades capitales, limitando el acceso, razón por la cual la población en zonas rurales es una de las más perjudicadas acrecentada por la falta de acceso a especialistas en la zona (4).

De esta forma, las barreras de acceso para el tratamiento requerido por parte de los pacientes diagnosticados con cáncer han provocado un aumento en la mortalidad y que tanto la oportunidad de mejorar su estado de salud como su calidad de vida se ve disminuida, esto debido a que por no solo debe existir un diagnóstico oportuno, si no que el tratamiento recibido, no debe de sobre pasar un límite de tiempo, dada las características de esta patología, la intención mejoría en la salud del paciente, se podría perder ya que el pronóstico está determinado por el factor de tiempo que transcurre entre la aparición de la enfermedad y el oportuno acceso a un tratamiento integral que permite de esta manera brindar una expectativa de vida más alta (5).

En el país además de este tipo de barreras, también se encuentran otras como las referentes al acceso a los tratamientos oncológicos entre otras la oportunidad de recibir una valoración especializada o requerida ya que la posibilidad de tenerla se ve afectada por la centralización de los servicios de oncología y por la falta de sub especialistas para algunas patologías como es el caso de mastología que es la especialidad requerida por las y los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama,

este diagnóstico temprano podría llegar a ser realizado por un médico diferente a un especialista en mastología, ya que las ayudas diagnósticas están diseñadas para ese tipo de situaciones pero el dilema inicia cuando el paciente debe recibir una cita especializada (6).

Otras de las posibles barreras de acceso son las de tipo administrativo, las cuales son el tipo de barreras a las que los pacientes se ven sometidos por la cantidad de trámites y la burocracia que les limita el acceso a los beneficios y le impide hacer uso de sus derechos, este tipo de barreras pueden retrasar tanto el diagnóstico como la oportunidad de tratamiento lo cual puede llevarle a una serie de complicaciones en el estado de salud del paciente (7). En este sentido se ha encontrado una violación al derecho a la salud definido en la Constitución Política de Colombia ya que no solo se le estaría negando la oportunidad de atención y sino que se estaría vulnerando la dignidad de las personas afectadas al no recibir una atención oportuna que le pueda mejorar su expectativa de vida (8).

En la actualidad en Colombia existen leyes que regulan el sistema general de salud con el fin de establecer acciones encaminadas al control integral del cáncer en la población, en su mayoría estas leyes ha centrado sus esfuerzo en la prestación de todos los servicios que requieran los pacientes con patologías oncológicas para la prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo, pese a esto existe una gran brecha tanto por el desconocimiento como por la omisión de estas leyes y donde las familias y los pacientes con cáncer encuentran diferentes barreras que han provocado que se llegue hasta instancias legales para hacer valer sus derechos situación que no solo aumenta el tiempo para recibir un tratamiento oportuno, sino que es un tarea desgastante tanto para el paciente como las entidades del estado.

Sumado a lo anterior las estrategias de detección del cáncer son cada vez más difundidas en nuestro país, la búsqueda activa de pacientes por parte de las entidades gubernamentales, las campañas de autocuidado y las estrategias que implementa cada una de las EPS con sus usuarios hacen que los signos y síntomas de cada tipo de cáncer y los factores de riesgos sean cada vez más conocidos por la población, sin hacer distinción de estrato social o régimen de salud al que pertenezca (9). Sin embargo, la atención especializada que requieren estos pacientes, del acceso oportuno a los medios diagnósticos requeridos y el manejo integral que se debe brindar a los pacientes diagnosticados con cáncer de mama presentan barreras de tipo administrativas las cuales serán estudiadas en el presente proyecto en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las barreras de acceso administrativo que encuentran las pacientes con cáncer de seno para recibir el tratamiento de quimioterapia en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el último semestre de 2019?

## 2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama en Colombia se ha clasificado como una enfermedad de interés público dado que tiene un alto impacto en la salud de la población, especialmente la población femenina donde ocupa el primer lugar dentro de los tipos de cáncer en mujeres y el que cuenta con mayor mortalidad. Teniendo en cuenta que el país se encuentra en vía de desarrollo y donde el cáncer de mama continúa sin la concientización necesaria tanto por parte de pobladores como de las EPS y entes gubernamentales lo que se desencadena con un diagnóstico y un acceso tardíos a los diferentes tratamientos, se hace imprescindible identificar adecuadamente las causantes de estas barreras que generan un decremento en la calidad de vida de la población (10).

El cáncer de mama es una enfermedad que no solo trae consecuencias a nivel físico por ser una enfermedad que causa dolor tanto agudo como crónico y la degeneración de los tejidos mamarios; también causa daños psicológicos y emocionales por el cambio en la apariencia física que en su gran mayoría tienen que vivir los pacientes con cáncer de mama, un gran porcentaje de estos entran de depresión y otro porcentaje no menos significativo padecen de ansiedad que se presenta en la mayoría de las paciente pero con mayor incidencia en los pacientes jóvenes, los cambios físicos van desde el cambio de la apariencia hasta a mutilaciones por el avanzado estadio que no permiten una reconstrucción lo cual para muchas podría considerarse un ataque a su dignidad (11, 12).

En consecuencia, las barreras de acceso a los derechos y beneficios que tienen los pacientes de cáncer de mama dentro del SGSSS para el diagnóstico, tratamiento y manejo integral de su patología, se clasifican según los estudios realizados en auto barreras o barreras culturales, las relacionadas con el sistema de salud o administrativas y por último las relacionadas con el personal de salud (13). Sumado a lo anterior existen estudios que muestran como la población colombiana debe enfrentarse a otras barreras de acceso como lo son la ubicación geográfica, y el factor económico situación que en el país acreciente la aparición de este tipo de cáncer el cual puede tener un desenlace fatal en la población menos favorecida del país (14, 15, 16).

Las barreras de acceso a un diagnóstico temprano representan un potencial progreso del estadio de la enfermedad lo cual puede desencadenar una serie de complicaciones, hospitalizaciones y tratamientos adicionales que no solo reducen la expectativa de vida, sino que también elevan el costo de la atención. Si se considera la anterior información y siendo el cáncer una enfermedad con tendencia al incrementar el número de paciente en el país y a nivel local en diferentes regiones como el Eje Cafetero que presenta un aumento en los diagnósticos de cáncer de mama (17), hace que esta enfermedad demande de un tratamiento de alto costo, teniendo mayores repercusiones en materia económica, social y emocional, lo que

compromete la situación económica y financiera del paciente con cáncer, además afectando tanto su etapa productiva como reproductiva lo que puede ser difícil de asumir en la mayoría de los casos (18).

Ante esta situación, se evidencian los esfuerzos llevados a cabo por el gobierno nacional bajo la creación de la Ley 1384 de 2010 (19), su propósito es formular acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana con el fin de reducir la mortalidad y morbilidad del cáncer en adultos, mejorando así la calidad de vida, a través de la garantía del Estado y actores, a los pacientes con cáncer además de Intervenir en el actual sistema de salud y seguridad social y dictaminar una prevención que brinde detección precoz de todos los servicios necesarios, tratamiento integral, rehabilitación y atención.

Además, en el Plan Nacional de Control del Cáncer de Colombia de 2012 a 2021 se han determinado seis lineamientos estratégicos en el marco de la política pública de control del cáncer, uno de los cuales es la Resolución 412 de 2000, que define estándares y lineamientos de atención. Por otro lado, para las enfermedades de interés de salud pública se ha aceptado el plan decenal de salud pública PDSP 2012-2021, el mapa de navegación define la ruta de trabajo para dar respuesta a los desafíos de salud pública actuales y la consolida en el marco del sistema de protección social. Capacidad técnica para planificar, implementar, monitorear y evaluar intervenciones a nivel nacional y regional (20, 21, 22).

Luego de poner en conocimiento la información anterior, el presente proyecto encuentra motivantes suficientes para ser ejecutado, planteándose objetivos relacionados con la clasificación demográficamente de la población de estudio en búsqueda de edades de mayor incidencia y de las coincidencias que dentro de la población se pudieran encontrar y que permitan mostrar una similitud representativa para el estudio. Por último, los costos de la no calidad en atención de las pacientes con cáncer de mama que llegan a ser atendidas pueden ser más relevantes y significativos para las EPS e IPS a las cuales los pacientes pertenecen, este será uno de los temas a tratar al proponer el plan de mejora para la entidad donde se realiza el trabajo de investigación.

### 3. ANTECEDENTES

Al realizar un estudio de la información disponible en diferentes bases de datos que permiten conocer los estudios realizados referentes a la pregunta de investigación del presente proyecto, se logra determinar que existe evidencia que da cuenta de la realidad del problema y de sus posibles soluciones, identificándose de igual forma un vacío de conocimiento que será desarrollado capítulos más adelante, en este orden de ideas, se definen categorías con el fin de presentar de manera pertinente y organizada los estudios encontrados las cuales son, cáncer de seno, barreras administrativas y plan de mejoramiento, categorías que van de la mano con la problema de investigación planteado anteriormente.

Se identificaron una serie de estudios sobre cáncer de mama, uno de los cuales fue un estudio realizado en Manizales, Colombia con el objetivo de determinar medidas de autocuidado para prevenir el cáncer de mama en usuarias que se someten a mamografías entre los años 2014 a 2016, el cual mantuvo una actitud positiva hacia los proveedores de servicios médicos de la institución, realizando a una muestra de 103 mujeres, encontrándose una edad media de 63 años, 39% de ellas casadas con un 38,8% y con escolaridad básica primaria incompleta en un 24,3%, el 85,4% de estas presenta una vida laboral activa y una autocuidado del 95%, Estudio que resalta las acciones de autocuidado de las mujeres usuarias de la IPS evidentes en una alimentación adecuada, ejercicio físico periódico y dedicar tiempo a si mismas (23).

En esta misma línea, otro estudio desarrollado en México en el año 2016, evidencio que el sistema de gestión de los hospitales especializados incide en la eficiencia de la operación de los fondos de protección contra catástrofes para el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y la leucemia linfoblástica aguda, a través del análisis de los tiempos de respuesta y reembolsos, lo que permitió determinar que en comparación con el modelo que maneja el Servicio Nacional de Salud, los hospitales de especialidades con planes descentralizados pasan menos tiempo en el proceso administrativo porque este último toma más tiempo y más intermediarios, lo que permite afirmar que la gestión por parte del estado es más lenta y por consiguiente menos autónoma por la burocracia comprometiendo la salud del paciente (24).

Por su parte en Bolivia en el año 2019, se encontró un estudio relacionado con la tasa de supervivencia de pacientes con cáncer de mama del departamento de gestión del Hospital Seguro Social Universitario de 2000 a 2016, el cual determinó en una muestra de 69 mujeres con diferentes estadios de cáncer de mama el nivel de supervivencia, el tiempo medio de supervivencia es de 8,6 años. En pacientes con cáncer de mama hormonal tratadas con exemestano, el tiempo medio de supervivencia después del tratamiento con adriamicina y ciclofosfamida fue de 99,5 meses (8,3 años); entre las nuevas pacientes con cáncer de mama de Herb tratadas con trastuzumab, La duración del tratamiento con adriamicina y ciclofosfamida fue

de 103,28 meses (8,6 años), todo esto dentro de los tiempos estipulados para la realización del tratamiento (25).

Por otro lado, en Medellín, Colombia en el años 2019, se llevó a cabo una revisión sistemática de los resultados de la investigación de factores relacionados con la depresión en pacientes con cáncer de mama, encontrándose que dentro de la evidencia científica analizada, existen factores asociados a la depresión en pacientes con cáncer de mama ubicados en el rango de edad de entre 40 y 60 años, con un estatus civil de divorcio o soltera, educación primaria, desempleadas, pertenencia a una clase social más baja, fase clínica 4 y la quimioterapia aumentarán el riesgo de depresión para pacientes con cáncer de mama, lo que permite describir como existe una relación entre esta patología y el desarrollo de algún trastorno psicológico (26).

En esta misma línea, en la ciudad de Bogotá, Colombia en 2017, se evaluaron los patrones de asociación entre ansiedad y depresión y componentes de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado o difuso, a un grupo de 109 mujeres con diferentes estadios avanzados localmente de cáncer de mama, arrojando la existencia de ansiedad clínica en el 84,1% de las pacientes y depresión clínica en el 25,2% con un intervalo de confianza del 95%, por su parte bajo un análisis factorial se presenta un alto valor de singularidad y una carga factorial baja. La escala multidimensional indica 5 grupos, estos grupos muestran la cercanía entre síntomas depresivos y síntomas físicos y entre síntomas de ansiedad y función y entorno social familiar (27).

De igual forma en Cali, Colombia, en 2019, en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, se identificaron factores de riesgo relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud. Este estudio fue respaldado por el Cuestionario sobre el cáncer QLQ-C30 y el Método de investigación del cáncer de mama QLQ-BR23. Un total de 80 equipos de investigación mostraron fatiga, el insomnio y la caída del cabello son los síntomas más relevantes para la mujer, aumento de la función física, disminución del placer y la actividad sexual. Los factores asociados con una mala calidad de vida con un intervalo de confianza del 95% incluyen síntomas de los senos, efectos secundarios del tratamiento sistémico, menor placer sexual y menores expectativas para el futuro causadas por los efectos secundarios del tratamiento (28).

Desde la perspectiva de las barreras administrativas, se han encontrado algunos estudios nacionales, como un estudio realizado en Santander en 2019, que tuvo como objetivo describir las barreras a la asistencia sanitaria en adultos con cáncer gástrico. El personal de enfermería y los médicos tratantes fueron entrevistados por 9 participantes durante la fase exploratoria, quienes consideraron que los principales obstáculos para la atención de la salud son, en orden de más frecuentes a menos impacientes: administración, economía, cultura, conocimiento, comunicación y sistema. Esto conducirá a la fragmentación y subdivisión del



sistema de salud, formando obstáculos, limitando el diagnóstico precoz y el manejo oportuno del cáncer gástrico, y la amenaza para la calidad del cáncer gástrico. toda la vida (29).

En otro caso, en la ciudad de Cartagena, se encontraron barreras de acceso a los servicios de salud y conceptos diferenciados por consultores y proveedores de diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Este estudio incluyó a 8 mujeres diagnosticadas, 19 mujeres sanas y 22 miembros del personal de salud y administradores de agencias de salud. Los resultados de este estudio indican la opinión de cada población, indicando la distinción entre atención y gestión en términos de diferentes niveles de prestación de servicios de salud; encontró que existe una falta de actualizaciones y Capacitación, que no se adapta a las directrices técnicas y de enfermería de la ciudad para el cáncer de mama (30).

Por otro lado, se realizó otra encuesta en diferentes capitales colombianas en 2020, con el propósito de analizar las barreras y oportunidades para acceder a los servicios de salud a partir de la experiencia de los cuidadores que apoyan el control del cáncer de niños y adolescentes en Colombia, encontrándose que los principales obstáculos están relacionados con el acceso a los servicios de salud y trámites administrativos relacionados, y es difícil continuar el tratamiento debido a la falta de medios para implementar los servicios de salud, lo que lleva a la implementación de recursos legales, lo que puede determinar que los pacientes con este tipo de patología se encuentren en el sistema de salud. En la vía de atención diferencial se puede realizar un diagnóstico precoz y una adecuada continuidad del tratamiento. (31).

### Fundación Universitaria del Área Andina

Con un objetivo similar, en 2016, con el apoyo de seis organizaciones no gubernamentales (incluidas 240 mujeres), se determinó el porcentaje de tratamiento oportuno y sus determinantes en un grupo de mujeres colombianas con cáncer de mama. El 17,1% de las personas recibió atención oportuna, de las cuales el 30,4% de las mujeres se negó a prestar los servicios y el 31,2% de las mujeres presentó demandas. El análisis multivariado nos permite determinar que el nivel educativo superior al bachillerato se relaciona con el acceso oportuno al tratamiento, lo que demuestra que en Colombia la forma de obtener tratamiento en el tiempo para el cáncer de mama está determinada socialmente y el nivel educativo juega un papel fundamental (32).

Un artículo de revisión realizado en 2017 para encontrar los obstáculos para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, conocer los aspectos sociales y culturales, las estrategias de prevención adoptadas y los obstáculos encontrados en la revisión de la dificultad de acceso son obstáculos a los que las personas prestan atención. La baja tasa de aceptación de las vacunas contra el virus del papiloma y la falta de asistencia en la citología cérvico-vaginal también pueden afectar la aparición de muchas lesiones preneoplásicas, lo que indica la necesidad

de fortalecer las acciones de educación, información y publicidad de los profesionales de enfermería (33).

Se realizó una encuesta en la provincia de Antioquia para establecer la asociación entre factores demográficos y el tratamiento oportuno del cáncer de mama en mujeres antioqueñas. El estudio mostró 355 casos nuevos en el primer semestre de 2017. La incidencia de cáncer de mama es de 10,5 por 100.000 mujeres. Se identificaron factores demográficos relevantes con un intervalo de confianza del 95%, incluida la residencia urbana, las instituciones subvencionadas, la experiencia de hospitalización previa, el diagnóstico tardío de  $\geq 16$  días y la edad. El tratamiento oportuno de los pacientes con cáncer de mama está relacionado con la residencia en la ciudad, la titularidad del plan de subsidio, la experiencia de hospitalización previa, el diagnóstico tardío y la edad (34).

De esta forma, se encontró otro estudio en Bogotá, que describió y comparó las características de atención de los pacientes oncológicos en una muestra de 131 pacientes oncológicos atendidos en tres departamentos de oncología, y encontró que las mujeres son dominantes, con una edad promedio de 54 años, la cual es baja. Dependencia y estado cognitivo completo, baja educación, falta de empleo, bajo nivel socioeconómico y alto nivel de apoyo familiar, para la mayoría de las personas, la felicidad es positiva en los aspectos físicos, sociales y espirituales. En este sentido, el apoyo que reciben, especialmente el apoyo psicológico, mental y de salud, especialmente el apoyo familiar, físico, social y espiritual, le permite planificar un plan de atención para asegurar un mejor Acceso, seguridad y continuidad (35).

En otro contexto en la ciudad de Manizales, se realizó un estudio de 1384 casos y 700 defunciones en 2018 para analizar la supervivencia de pacientes con cáncer de mama, cervical, pulmón, próstata y gástrico según el ingreso medio. El plan de seguro de salud (RAS) y el estado socioeconómico (PSE) de los tramos medios del país, que pueden determinar las tasas de supervivencia a 5 años observadas del cáncer de mama son 71,0%, 51,4% de cáncer de cuello uterino, 15,4% de cáncer de pulmón y 15,4% de cáncer de próstata. Con el 71,1%, el cáncer gástrico con el 23,8%. Existen ciertas diferencias en la clase socioeconómica de cáncer de pulmón y cáncer de próstata, lo que demuestra que la enorme brecha relacionada con el diagnóstico injusto y las barreras al tratamiento en estadios avanzados es oportuna y efectiva (36).

Con foco en la atención de la salud, un estudio que inició en 2019 está relacionado con la atención de la salud de las mujeres con lesiones precancerosas cervicales: La evidencia cualitativa de la diferenciación del sistema de salud colombiano se realizó en una entrevista a 16 mujeres que enfrentaban fragmentos En el proceso de atención médica, las características de la desconexión entre sus actores dependen del contrato entre la compañía de seguros y el prestador de servicios, el impacto negativo de las oportunidades y la continuidad entre exámenes, diagnóstico y tratamiento, postratamiento de la atención y aumento de la atención médica.

Gastos y desconocimiento de necesidades especiales, estos hallazgos hacen que se cuestione la implementación del programa de cribado y su trascendencia en el proceso de enfermería: (37).

Finalmente, un estudio relacionado con la determinación de la estrategia brindó una guía para el diseño de programas educativos, de prevención y detección temprana del cáncer para la visión de pacientes, familiares / cuidadores en Bogotá en 2017, a través del desarrollo de 9 y 5 familiares y 4 pacientes con cáncer. Se formó el grupo focal y se encontró que los participantes fueron remitidos para diagnóstico temprano y tratamiento de continuidad de barreras de entrada. Se dieron cuenta de que la detección oportuna puede mejorar la supervivencia. También creían que algunos médicos carecían de habilidades de comunicación al momento de hacer un diagnóstico. El plan de control del cáncer, que involucra la percepción y el conocimiento de pacientes y cuidadores, fortalece la humanización de los servicios, reduce las barreras y la alfabetización en salud (38).

### **3.1.1 Generalidades del cáncer.**

### **3.1.2 Cáncer de mama a través de la historia.**

### **3.1.3 El cáncer de mama.**

### **3.1.4 Diagnóstico del cáncer de mama.**

### **3.1.5 Tratamiento del cáncer de mama.**

### **3.1.6 Barreras administrativas en salud.**

### **3.1.7 Plan de Mejora.**



## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar las barreras de acceso administrativo que encuentran las pacientes con cáncer de seno para recibir el tratamiento de quimioterapia en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero, en el último semestre de 2019.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar demográficamente la población de estudio
- Identificar las barreras administrativas en los pacientes estudiados.
- Proponer un plan de mejora de acuerdo con los hallazgos obtenidos durante la investigación.

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

## 5. MARCO REFERENCIAL

### 5.1 MARCO TEÓRICO

**5.1.1 Generalidades del cáncer.** El cáncer es una anomalía o mutación en los genes que controlan el crecimiento de las células y las mantienen sanas. Estos se encuentran en el núcleo, que controla todas las células. Las células del cuerpo tienen la capacidad de renovarse a sí mismas en un proceso llamado crecimiento celular; Esto se debe a que las células viejas que mueren se renuevan con células nuevas y sanas. Con el tiempo, las mutaciones activan o desactivan algunos genes de la célula. La célula modificada logra la capacidad de dividirse sin control u orden porque lo hace. Hay dos tipos de tumores benignos y malignos que pueden o no representar un riesgo para la salud humana (39).

El término cáncer, hace referencia al grupo de enfermedades que logran generar una afectación en cualquier parte del cuerpo, el cual se divide en tumores benignos y malignos, para los tumores benignos las células se multiplican sin medida sin embargo no se transmiten a otras partes, este tipo de tumores no generan un peligro para la salud de la persona (40). Por el contrario, los tumores malignos se caracterizan por producir células que viajan a otras partes del cuerpo creciendo en otros órganos, el cáncer posee características específicas la más común es su diseminación rápida de células anormales que pueden afectar partes vecinas del cuerpo proceso al que se le conoce como metástasis (41).

**5.1.2 Cáncer de mama a través de la historia.** Para comprender su progresión conceptual de las variables de estudio a lo largo del tiempo, se debe tener en cuenta que esta patología existe en la historia del ser humano desde la antigüedad. La primera aproximación del término tuvo lugar entre el 2500 y el 3000 a. C. En el papiro de Edwin Smith dedicado a la cirugía, en el que se describen 8 casos de tumores de mama. Siglos más tarde, Hipócrates 450 A.C. dio el nombre de cáncer a la enfermedad maligna debido al parecido con el cangrejo, y en sus escritos posteriores, Galeno, más tarde en el siglo II de la era cristiana, señaló el desarrollo fatal, confirmando de esta manera la etiología serosa del cáncer desarrollada por Hipócrates, el cual veía al cáncer de mama como una enfermedad de tipo sistémica originada por una mayor secreción de la bilis negra (42).

En el siglo XX, se comenzó con diferentes tipos de tratamientos para el cáncer lo cuales no se limitaban únicamente a la cirugía, sino que se valían de otros medios alternativos, teniendo en cuenta el auge por los beneficios biológicos que generaban los rayos X, descubiertos por Rontgen en 1895, fue sustentada por Marie Curie y patentada décadas más tarde. La radiación, pasó a ser una de las terapias más afables para el tratamiento de diversas enfermedades relacionadas con el cáncer

en zonas exteriores del cuerpo, pese a esto su efectividad se vio mermada por los efectos secundarios a largo plazo que esta produce en el ser humano (43).

Por lo tanto, el cáncer debe de ser pensado como una problemática de salud pública que debe ir incluida en los planes de prevención y en los tratamientos contando con una cobertura social extensa, lo que se logra con un apoyo mancomunado entre las instituciones privadas y públicas que realizan estudio y terapias especializadas en este tipo de enfermedades, teniendo un gran efecto positivo sobre los aportes la ciencia y en general a la sociedad, logrando reducir el número de casos de cáncer que se presentan en todo el mundo y que supera casi al millón de pacientes solo en América del Norte, siendo esta patología, una aportante de cerca del 10% de las muertes por neoplasias a nivel mundial (44).

**5.1.3 El cáncer de mama.** El cáncer de mama hace referencia a la diseminación descontrolada y desorganizada de células con alguna mutación genética, que desencadena en condiciones de normalidad, suprimen o producen la continuación del ciclo celular que esta asociado a los tejidos de la glándula mamaria (45). Esta enfermedad, se genera en células del lóbulo, siendo estas las encargadas de la producción de leche materna o también en los conductos de la leche que van desde estos lóbulos hasta el pezón. También puede hallarse en el estromal, incluido el tejido conectivo graso y fibroso de la mama; por lo general las células mutadas invaden la parte del tejido mamario bueno próximo con el tiempo y llegan a los ganglios linfáticos, cuando estas células llegan a los ganglios linfáticos, acceden a otros lugares del cuerpo (46).

El cáncer de mama es causado por anomalías genéticas, también conocidas como errores en el material genético. Debido a esto, del 5 al 10% de los casos siendo el resultante de las anomalías hereditarias de uno de los padres, por lo tanto, cerca del 90% de estos casos de cáncer de mama están representados por extrañezas genéticas asociadas al envejecimiento del individuo o al deterioro normal de la célula. Se piensa que la propensión a presentar cáncer de mama es multifactorial. Si bien eso no significa que estén en su lugar, asegura que el individuo desarrolla cerca de siete de cada diez de casos que se diagnostican no se contemplan factores de riesgos y únicamente un 7% es heredado (47).

Dentro de los principales factores de riesgo del cáncer se encuentran: ingesta de alcohol o tabaco, ausencia de ejercicio físico, mala alimentación y factores que inciden en otras patologías que no se transmiten, otro factor encontrado son las algunas enfermedades infecciosas crónicas evidentes en países de pocos y medios ingresos, situación que logra contribuir a la aparición de cáncer como los virus de la hepatitis B y C, el papiloma humano, helicobacter pylori, entre otros que logran acrecentar el riesgo de presentar cáncer de cuello uterino y cáncer de hígado, sumado al SIDA que puede llegar a aumentar considerablemente el riesgo de presentar cáncer (48), (49), sumado a lo anterior existen factores de riesgo

catalogados como riesgos relativos (RR) que se asocian al cáncer de mama en hombres y mujeres (50, 51) los cuales pueden ser:

- Personas adultas mayores de 65 años.
- Menstruación antes de los 11 años y menopausia después de los 54 años y factores que generan la manifestación de estrógenos los cuales son síntomas de tipo endógenos
- Herencia en primer grado de consanguinidad.
- Estar expuesto a radiaciones ionizantes en el tórax de manera prolongada y anormal en personas de 10 años.
- Contar con un aumento desmedido del índice de masa corporal después de la menopausia
- Uso de hormonas por un tiempo mayor a cinco años.
- Cáncer benigno.
- Variables genéticas
- Estilos de vida.

En este sentido, el cáncer de mama se clasifica en las siguientes etapas referentes al nivel de evolución en el que se ubique la patología (52):

Cuadro 1. Etapas del cáncer de mama y sus definiciones

<b>Estadio</b>	<b>Definición</b>
Estadio 0	Existen células cancerígenas en el conducto mamario
Estadio IA	No se han afectados los ganglios linfáticos y el tumor no supera los 2 centímetros
Estadio IB	No hay tumor en la mama; En cambio, se observan pequeños grupos de células cancerosas de más de 0,2 mm pero de menos de 2 mm en los ganglios linfáticos: se observa un tumor en la mama de menos de 2 cm y pequeños grupos de células cancerosas de más de 0,2 mm pero menos de 2 mm en los ganglios linfáticos.
Estadio IIA	No hay tumor en la mama, pero las células cancerosas se encuentran en los ganglios linfáticos axilares (debajo del brazo); el tumor mide 2 centímetros o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos

	axilares; el tumor mide entre 2 y 5 centímetros y tiene no se propaga a los ganglios linfáticos axilares.
Estadio IIB	El tumor ha aumentado de 2 a 5 pulgadas en su extensión y comienza a esparcirse a los ganglios axilares.
Estadio IIIA	El cáncer esta presente en los ganglios axilares que están ligados mutuamente o en los ganglios próximos al esternón sin un tamaño definidos
Estadio IIIB	El tumor tiene cualquier tamaño y esta presente en la pared del tórax o en la piel de la mama y además puede encontrarse en los ganglios axilares o a los que están cerca al esternón.
Estadio IIIC	Es posible que no se exista cáncer de mama o algún tumor, pero puede evidenciar se cáncer esparcido en los ganglios por encima de la clavícula y en áreas cercanas.
Estadio IV	Existe metástasis en otras partes de la mama

Fuente: Breastcancer.org

**5.1.4 Diagnóstico del cáncer de mama.** Para detectar precozmente el cáncer de mama, es recomendable que la mujer se realice un autoexamen de mama durante la primera estancia: este debe realizarse como medida de autocuidado y no como cribado a partir de los 20 años. Para convertirse en un método para mejorar la propia salud y concienciar a las mujeres en riesgo, esta autoevaluación de mamas debe realizarse en mujeres que menstrúan todos los meses de 4 a 10 días posterior al inicio de la menstruación y en femeninas con menopausia, es deber elegir un día y practicarlo el mismo día mes tras mes, hasta que se detecte una diferencia se debe de acudir al médico tratante inmediatamente para llevar a cabo una evaluación y estudios de diagnóstico complementarios y / o confirmatorios (53).

Por otro lado, para la realización del examen clínico de la mama en el país bajo la Resolución 0412 de 2000, se debe de realizar por un médico generalista con poca complejidad durante la consulta médica, en particular por síntomas mamarios para mujeres asintomáticas mayores de 40 años. La Guía de práctica clínica (GPC 2013) para la detección temprana, el tratamiento integral, la atención de seguimiento y la rehabilitación del cáncer de mama (2013 - Guía núm. GPC-2013-19) recomienda



que este examen clínico lo realicen médicos debidamente capacitados que sean derivados de inmediato y a tiempo Asegurar un sistema de diagnóstico adecuado si se encuentran lesiones sospechosa" (54).

Después de todo, la mamografía es el método más utilizado para la detección temprana del cáncer de mama. Se utiliza para identificar anomalías e irregularidades palpables y no palpables en comparación con la mama contralateral. La mamografía puede ser una oportunidad si se le ofrece a la paciente en el momento de la consulta solicitada por motivos distintos a las manifestaciones clínicas de origen mamario. mamografía de diagnóstico para definir o confirmar el diagnóstico en pacientes con sospecha de lesiones mamarias; y finalmente encontramos la mamografía de población como una estrategia de programa del sistema de salud de demanda inducida que se centra en una población en particular (55).

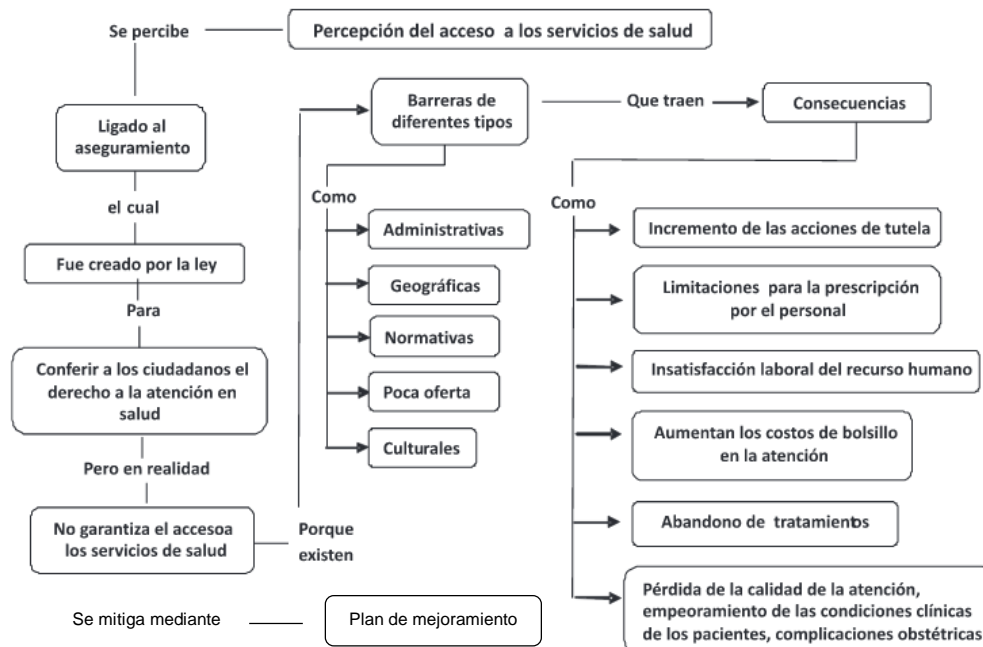
**5.1.5 Tratamiento del cáncer de mama.** Luego de un diagnóstico acertado, se debe tener en cuenta que cada cáncer amerita un tipo de tratamiento diferente el cual puede consistir en cirugía, quimioterapia o radioterapia, tratamiento que buscan acabar con las células cancerígenas y aumentar la expectativa de vida del paciente, sumado al apoyo en la parte psicológica y los cuidados paliativos que se le puedan brindar al paciente (56).

Se han evaluado varios tratamientos para el cáncer de mama, el más común es el cirugía, que consiste en extirpar la parte afectada con células cancerosas, sin embargo, esta limitado al nivel de implicación y evaluación del equipo multidisciplinario. El objetivo de esta radioterapia es destruir posibles células cancerosas en la zona donde se administra. Se requiere después de la cirugía, siendo en algunos casos una complementación de este procedimiento. Por otro lado, la quimioterapia, se caracteriza por ser un tratamiento que se constituye en la aplicación de fármacos, que buscan destruir las células cancerígenas que estén presentes en el organismo, con el fin de complementar los tratamientos anteriormente nombrados (57).

**5.1.6 4. Barreras administrativas en salud.** Las barreras administrativas o de acceso de las Empresas de Gestión de Beneficios (EAPB) a los principales servicios de salud son un conjunto de estrategias técnicas administrativas que se implementan para denegar, posponer o dejar de brindar los servicios solicitados por los miembros o usuarios desde la perspectiva de algunos autores, la salud se ve como una oportunidad comercial , se involucran cuestiones financieras y de gestión que llevan a un enfoque en las ganancias y resultados de salud sesgados, por lo que los problemas asociados con la desaprobación o la accesibilidad de los servicios de salud se utilizan como un mecanismo de reducción de costos que tiene ramificaciones para el bienestar de la sociedad (58).

En Colombia, el sistema para la protección social es una serie de políticas públicas encaminadas a minimizar la vulneración y aumentar la calidad de vida de los ciudadanos, específicamente los más vulnerables, pero desde hace varios años la salud ha sido vista como una de las "oportunidades de negocio" que se ha enfocado principalmente en Centrado en cuestiones financieras desde una perspectiva de gestión, lo que ha llevado a que el resultado sea el centro de atención, desplazando el logro de los resultados de salud y teniendo graves consecuencias que comprometen la estabilidad de muchos individuos y sus hogares(59).

Figura 1. Aspectos relevantes de la percepción del acceso a los servicios de salud



Fuente: Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: restricciones y consecuencias 2017.

En la anterior figura se observa como la accesibilidad esta entendida dentro del grado de engranaje que se tenga entre las tipologías de la comunidad y de los recursos que se posean con el fin de pedir y recibir atención. En esta se valora todo el medio ambiente circundante que esta relacionado con los usuarios y los recursos con los que cuente el sistema de salud siendo esta una de las variables que determinan la calidad de la atención prestada (60). Lográndose entender la accesibilidad a los servicios de salud como el proceso a través del cual se logra generar una satisfacción total de la necesidad de atención, que puede ser por un daño en la salud, diagnóstico o promoción de esta (61).

Cuadro 2. Barreras de acceso en la oferta y la demanda

<b>Barreras</b>	<b>Concepto</b>
<b>Oferta</b>	
Al ingreso	Elementos presentes al ingreso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medio de transporte</li> <li>• Distancia desde la casa hasta el consultorio.</li> <li>• Tiempo de viaje</li> <li>• Horarios de prestación del servicio</li> </ul>
Durante	Problemas presentes al momento de prestar el servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tramitología</li> <li>• Oportunidad de la cita y periodo de espera</li> </ul>
Al salir	Elementos relacionados con el proceso de la prestación del servicio y el protocolo que se debe de llevar a cabo
<b>Demanda</b>	
Propensión	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformación del grupo familiar y social</li> <li>• La cultura</li> </ul>
Destreza	Capacidad de recursos por parte de la persona que requiere el servicio <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos económicos</li> <li>• Planes de salud o seguro médico</li> </ul>
Necesidades	Motivo de consulta sea por prevención y promoción o enfermedad <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud</li> <li>• Nivel de dolor</li> <li>• Cantidad de síntomas</li> <li>• Tiempo de incapacidad</li> </ul>
Uso	Atribuibles a los recursos como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de servicio</li> <li>• Motivo</li> <li>• Periodicidad de la atención</li> </ul>
Satisfacción	Nivel de percepción en la prestación del servicio cumple con lo esperado <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información limitada</li> <li>• Desconocimiento de las formas de pago</li> <li>• Falta de profesionalismo y ética</li> <li>• Tiempo de la consulta</li> <li>• Infraestructura adecuada para la espera y la atención</li> <li>• Tiempos de atención y espera</li> </ul>

Fuente: extraída de Agudelo, Gómez, Montes, Pelayo (22)

Se aprecia como existen diferentes elementos que condicionan la prestación de los servicios de salud vista desde las dos caras, y que juegan un papel fundamental en

la toma o no de la atención, que van desde la perspectiva de proveedor hasta el paciente, está claro que existen diferentes barreras de acceso las cuales están valoradas desde lo geográfico, económico, cultural y regulatorio, sumado a los factores que intervienen en la aprobación del servicio de salud y que poseen la utilidad de evaluar el estado actual referente a la satisfacción del usuario encaminado a generar planes de mejora que logren aportar al bienestar de la comunidad en general.

**5.1.7 Plan de Mejora.** Un plan de mejora se entiende como una acción conjunta dirigida a optimizar los resultados de los procesos internos de una organización, y estos resultados solo están relacionados con la mejora de procesos. El plan de mejora no se centra en los problemas esporádicos de la organización. En cambio, aborda problemas a largo plazo. Son los responsables de un rendimiento insuficiente los que presentan un nivel de resultados estable, aunque insatisfactorio. A su vez, se puede formular un plan de mejora activo para mejorar el área de gestión, servicio o proceso. En cualquier caso, su planificación y desarrollo requieren medidas específicas para tener éxito. (62).

El método del plan de mejora se basa en la teoría de la mejora continua de Deming o ciclo PHVA, que incluye cuatro fases:

Planificar: describir que objetivos lograr y qué medidas tomar

Acción: el ejecutar el plan mediante actividades

Verificación: comprobar la ejecución de la operación y su efectividad en el logro de la meta

Actuar: realizar la corrección de acuerdo con los resultados obtenidos. Este es un proceso continuo, porque desde la última etapa, el ciclo comienza de nuevo (63).

## 5.2 MARCO CONCEPTUAL

**Administración de servicios de salud:** la organización y gestión de los servicios de salud dedicados a brindar atención médica, en este caso, el enfoque está en el tratamiento del cáncer de mama.

**Barreras de acceso a los servicios de salud:** factores que impiden que las personas que padecen cáncer de mama tengan un acceso igualitario a los servicios de salud, medicamentos y tecnología.

**Cáncer de mama:** se refiere a los tumores que se desarrollan en las mamas humanas y que afectan su salud física y mental.

**Diagnóstico:** para determinar la naturaleza de una enfermedad o condición o la diferencia entre una enfermedad o condición y otra. Puede evaluarse mediante examen físico, pruebas de laboratorio, entre otras.

**Plan de mejora:** actividades desarrolladas en base a unos hallazgos de revisión o auditoría que buscan mitigar un fenómeno, lo cuales tiene un responsable, un indicador y una rubro.

**Sistema de salud:** una red de servicios diseñada para brindar a las personas el mejor nivel de salud o bienestar que reduzca el riesgo de padecer una enfermedad, satisfaciendo la necesidad de un acceso a salud de calidad, repartiendo los servicios de salud de una manera equitativa.

**5.2.1 Palabras clave.** Administración de los Servicios de Salud, Barreras de Acceso a los Servicios de Salud, Cáncer de mama, Diagnóstico, Neoplasias de la Mama, Plan de mejora, Sistemas de Salud, (DeCS).

### 5.3 MARCO NORMATIVO

Cuadro 3. Marco Legal y Normativo relacionado con el proyecto.

Norma	Año	Definición
Ley 1384	2010	Artículo 5. Control total del cáncer. Determinar al cáncer como una enfermedad que genera una problemática de salud pública y una prioridad nacional para la República de Colombia. El control integral del cáncer en la población colombiana tomará en cuenta los aspectos considerados por el Instituto Nacional del Cáncer y recibirá recomendaciones a largo plazo de las sociedades de ciencia clínica y / o quirúrgica directamente relacionadas con el problema tumoral y apoyo de los representantes de las asociaciones de pacientes oficialmente organizadas por el Ministerio de Protección Social Aprobado, determinará acciones para promover y prevenir, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos..
Resolución 4331	2012	Artículo 10. La autorización de servicio contenida en el "Plan de Salud Obligatorio" tendrá una vigencia no menor de dos (2) meses a partir de la fecha de su emisión. Para los siguientes casos, se establecerán las siguientes reglas: 1. El período de vigencia de la formulación del medicamento no es menor a un (1) mes a partir de la fecha de publicación, y no se requiere otra autorización excepto para lo siguiente: no forman parte de un plan de salud obligatorio. 2. Para pacientes con enfermedades crónicas que necesiten manejo farmacológico, la entidad responsable del pago estipulará un

		<p>período de vigencia no menor a 90 días y brindará no menos de un (1) mes para asegurar la continuidad del medicamento</p> <p>3. Para todos los ciclos incluidos en las pautas o acuerdos, las autorizaciones relacionadas con la quimioterapia o radioterapia para pacientes con cáncer seguirán las pautas o acuerdos acordados. Para los casos en los que el oncólogo tratante especifica quimioterapia o radioterapia fuera de las pautas o el acuerdo acordados, la carta de autorización debe cubrir al menos el período a realizarse dentro de los próximos seis (6) meses a partir de la fecha de solicitud. Autorización.</p> <p>4. La autorización de oxígeno domiciliario para pacientes con enfermedades crónicas solo se emite una vez y solo está prohibida cuando el médico tratante lo considera innecesario.</p>
Resolución 4496	2012	<p>Artículo 3. Integrado en SISPRO, un sistema de información integral para la protección social. El organismo responsable del procesamiento y manejo de datos de cada fuente de información debe enviar los datos requeridos al Ministerio de Salud y Protección Social en las condiciones de oportunidad, cobertura y calidad de acuerdo a los estándares de transmisión determinados. SISPRO integrará, complementará y proporcionará datos relacionados con el análisis del estado de salud de los pacientes con cáncer recibidos de cada fuente de información.</p>
Resolución 1383	2013	<p>La segunda obligación. El Plan Decenal de Prevención y Control del Cáncer 2012-2021 de Colombia mencionado en el artículo 10 de esta resolución es de obligado cumplimiento para los afiliados al Sistema de Salud y Seguridad Social del SGSSS. La Lista 2 se centra en la prestación de servicios de oncología en cinco ciudades importantes: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín.</p>
Resolución 1552	2013	<p>Parágrafo 2. Si por la situación clínica del paciente, especialmente en el caso de mujeres embarazadas y pacientes con cáncer presuntivo o confirmado, el terapeuta define el período de consulta especial, entonces EPS gestionará la cita y buscará la cita. Si es posible, se asignará en un plazo que determine el profesional.</p>
Resolución 1442	2013	<p>Artículo 4. Normas técnicas para la detección de variantes adultas. Las "Normas Técnicas para la Detección de Enfermedades de Adultos" aprobadas por Resolución N ° 412 en 2000 fueron reemplazadas por las "Directrices" para la detección temprana de casos específicos de cáncer de mama, colon, recto y próstata. "Práctica Clínica" aprobada por esta resolución.</p>

Resolución 1419	2013	El primero, propósito. El propósito de esta resolución es brindar una red y unidades funcionales para la organización y gestión integral de los servicios oncológicos para establecer parámetros y condiciones para la atención integral del cáncer, así como monitorear y evaluar lineamientos para la prestación de servicios médicos. Servicios de oncología.
resolución 0247	2014	El primero. propósito. Establecer la obligación de la empresa de gestión de planes de beneficios (EAPB) de informar a los pacientes con cáncer a cuentas de alto costo, incluido el sistema de excepción, las empresas de agencias proveedoras de servicios de salud (IPS) públicas y privadas y las oficinas de salud departamentales, regionales y municipales.
Ley 1733	2014	Artículo 1. Esta ley genera las guías de práctica clínica formuladas por el Ministerio de Protección Social para cada patología consideran de manera integral los aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales del dolor, y tratan de manera integral el dolor, el dolor y otros síntomas. Además, muestra que estos pacientes tienen derecho a renunciar a medicamentos innecesarios de manera voluntaria y temprana. Estos medicamentos no cumplen con el principio de proporcionalidad en el tratamiento y no representan una vida digna para los pacientes, especialmente cuando se diagnostica una enfermedad como crónica, degenerativa e irreversible. La etapa final de la enfermedad tiene un gran impacto en la calidad de vida.

## **6. METODOLOGÍA**

### **6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación con el que se realizó la investigación fue de tipo cuantitativo observacional, descriptivo de corte transversal que se realizó en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

### **6.2 POBLACIÓN**

Se realizó un trabajo censal a un total 178 personas que fueron diagnosticadas con cáncer de mama y que se encuentran relacionados en la base de datos de una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en segundo semestre del año 2019

### **6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Cada una de las personas diagnosticadas con cáncer de mama y que fueron atendidas en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en segundo semestre del año 2019

### **6.4 MUESTRA**

**6.4.1 Marco muestral.** El marco muestral de la investigación se conformó por la base de datos de los pacientes diagnosticados con cáncer de mama, suministrada por una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en segundo semestre del año 2019.

### **6.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Personas diagnosticadas con cáncer de mama en el segundo semestre del 2019 pertenecientes a una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero y que se encuentran incluidos en la base de datos suministrada.

### **6.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

No se contemplan criterios de exclusión.



## 6.7 VARIABLES

Cuadro 4. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	TIPO DE VARIABLE	MÉTODO DE RECOLECCIÓN
Población diagnosticada con cáncer de mama	Se refiere a la población que por sus características se distribuyen de diferente por género, edad, ciudad y ocupación	Características de la población	Ordinal	
Barreras administrativas	Se considera como el o los factores que impiden una atención oportuna de acceso a los servicios de salud	Barreras administrativas	Nominal	Base de datos
Institución	Se considera como la Institución de alta complejidad que presta los servicios de salud a las personas con cáncer de mama	Un plan de mejora	Base de datos	

## 6.8 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue suministrada en una base de datos de pacientes que fueron diagnosticados con cáncer de mama y que fueron atendidos en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

## 6.9 PLAN DE ANÁLISIS

Para la tabulación de la información se consignó en una base de datos el programa Excel toda la información suministrada, la cual fue analizada mediante estadística descriptiva en el programa Jamovi en la versión 1.2. mediante un análisis univariado para presentar los resultados de variables cuantitativas se hizo uso de la media, mediana, moda, desviación estándar, varianza, máximo y mínimo para variables cualitativas mediante tablas de frecuencia acumulada y para el análisis bivariado se utilizó T de Student.

## 6.10 COMPROMISO BIOÉTICO

Los investigadores se acogieron a la resolución de Helsinki y la de Singapur como referentes bioéticos internacionales y a nivel nacional se tomó la resolución 008430/1993 del ministerio de salud y la resolución 0314 de 2018 Colciencias, con el fin de respetar la confidencialidad de la información suministrada únicamente para

fines investigativos, respetando la autonomía de la Institución y velando por la protección de los datos sensibles de sus pacientes, la investigación no presenta riesgo alguno.

### **6.11 IMPACTO SOCIAL**

En el marco de las directrices de la norma ISO 26000 de 2010, los investigadores del presente proyecto, en calidad de estudiantes de auditoría en salud de la Fundación Universitaria del Área Andina y en base con la información suministrada por una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero, permite generar para esta información veraz y actualizada con la cual pueden conocer las principales barreras administrativas que ha generado una mala calidad en la prestación del servicio y a su vez aportando un plan de mejora con el fin de mitigar esta problemática, el cual repercute de manera positiva que garantice un acceso a la salud a los usuarios de esta Institución y buscando que las barreras administrativas se mitiguen para reducir los tiempos de atención.

### **6.12 CRONOGRAMA**

Ver anexo 1.

### **6.13 PRESUPUESTO**

Ver anexo 2.



## RESULTADOS

### 6.14 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

#### 6.14.1 Variables sociodemográficas

Cuadro 5. Distribución de las variables sociodemográficas en la población de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

Variables	Categorías				Frecuencia	Porcentaje %
	Media	Mediana		Moda		
Edad	55.8	53.0		53.0		
	Desv. Est.	Varianza	Mínimo	Máximo		
	11.6	135	32	85		
Género	Mujer				177	99.4
	Hombre				1	0.6
Ocupación	Ama de casa				78	43.8
	Comerciantes de tiendas				6	3.4
	Estudiante				5	2.8
	Gerentes de comercios al por mayor y al por menor				1	0.6
	Maestros de enseñanza primaria				1	0.6
	No existe información				31	17.4
	Ocupaciones elementales no clasificadas bajo otros epígrafes				25	14.0
	Oficiales de las fuerzas armadas				4	2.2
	Operarios de la conservación de frutas, legumbres, verduras y afines				4	2.2
	Personal de apoyo administrativo no clasificado bajo otros epígrafes				4	2.2
	Personas que realizan trabajos varios				12	6.7
	Trabajador independiente				7	3.9
	Zona de residencia	Manizales				58
Villamaria				25	6.7	
Rio sucio				18	32.6	
La Dorada				12	10.1	
Chinchiná				10		
Otros				55	14.0	
Zona de residencia	Rural				35	19.7
	Urbana				143	80.3

En el Cuadro 7. se aprecia como de las 178 personas que recibieron tratamiento para el cáncer de mama en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019, son una población que supera los 30 años y que en su mayoría rondan los 50 años con una diferencia entre edades que están entre más o menos 11,6 años, lo que indica que la población atendida en esta Institución es catalogada como población adulta, pese a casos aislados que se encuentran por encima de la media y se ubican dentro del grupo de adulto mayor con edades entre los 60 y 74 años y donde también asistieron personas catalogadas como ancianas mayores de los 74 años y en su totalidad son mujeres con un único caso para el género masculino.

Dentro de la ocupación de los pacientes oncológicos que asistieron a una Institución de Alta Complejidad, se evidencia como cinco de cada once son mujeres amas de casa las cuales representan un parte significativa de la población que asiste a esta institución, por otro lado de dos de cada once no se tiene información que permite aportar a la medición, también encontrándose que dos de cada diez son personas dedicadas a ocupaciones elementales que no requieren un alto grado de educación, lo que indica que en general la población atendida en este centro son personas de bajo nivel de formación y en el que se encontró que el 15,7% esta agrupado por estudiantes y personas que cuentan con algún grado de formación y que van desde personas que laboran en fuerzas armadas, hasta maestros y personas que realizan labores administrativas en niveles de apoyo y gerenciales.

Para la variable ciudad, se logró constatar que una parte de representativa de la población es procedente de la ciudad de Manizales ya que más de tres de cada diez personas proviene de esta, por otro lado, el 24,1% proviene de las ciudades de Riosucio y Villamaría, el 18,5% de las ciudades de Aguadas, Aránzazu, Filadelfia, Fresno, Marquetalia, Neira, Pácora, Risaralda, Samaná, San José de Risaralda y Supía, seguido de Chinchiná y La Dorada con un 12,3% y con un 11,3% las ciudades de Anserma, Pensilvania y Viterbo, por otro lado, cerca de ocho de cada diez proviene de zonas urbanas y solo el 20% de zonas rurales del departamento de Caldas.

Cuadro 6. Barreras administrativas edificadas en la población de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

Variables	Categorías				Frecuencia	Porcentaje %
	Media	Mediana		Moda		
	40.1	38.0		28.0		
	Desv. Est.	Varianza	Mínimo	Máximo		
	16.5	271	10	73		
Entidad	Asmet Salud EPS SAS				54	30.3
	Asociación Indígena Del Cauca				13	7.3
	Entidad Promotora De Salud Sanitas S.A				25	14.0
	Medimas EPS SAS				86	48.3
	No retraso				93	52.2

<b>Causas de retraso si existió</b>	Trámite administrativo por autorizaciones	80	44.9
	Causas personales	5	2.8
<b>Nombre Diagnóstico</b>	Tumo maligno del cuadrante superior interno de la mama	1	0.6
	Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la mama	2	1.1
	Tumor maligno de la mama, parte no especificada	85	47.8
	Tumor maligno de la porción central de la mama	1	0.6
	Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama	10	5.6
	Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama	1	0.6
	Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama	66	37.1
	Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama	12	6.7
<b>Servicio prestado</b>	Monoquimioterapia inyectable (ciclo de tratamiento)	38	21.3
	Monoquimioterapia oral (ciclo de tratamiento)	1	0.6
	Poliquimioterapia de alto riesgo (ciclo de tratamiento)	139	78.1

En Cuadro 6. se presenta la información referente al análisis de las barreras administrativas, cabe resaltar que el tiempo entre el diagnóstico y la prestación de la atención tuvo una media de 40,1 días, con una diferencia de más o menos 16,5 días, existiendo casos donde la atención se prestó en los siguientes 10 días y para otros casos se extendió hasta 75 días, siendo las entidades con mayores pacientes Medimas EPS S.A.S. y Asmet Salud EPS S.A.S. los cuales representaron el 78,6% de las atenciones brindadas a los pacientes oncológicos, seguido de las entidades Asociación Indígena del Cauca y Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. con el 21,3%.

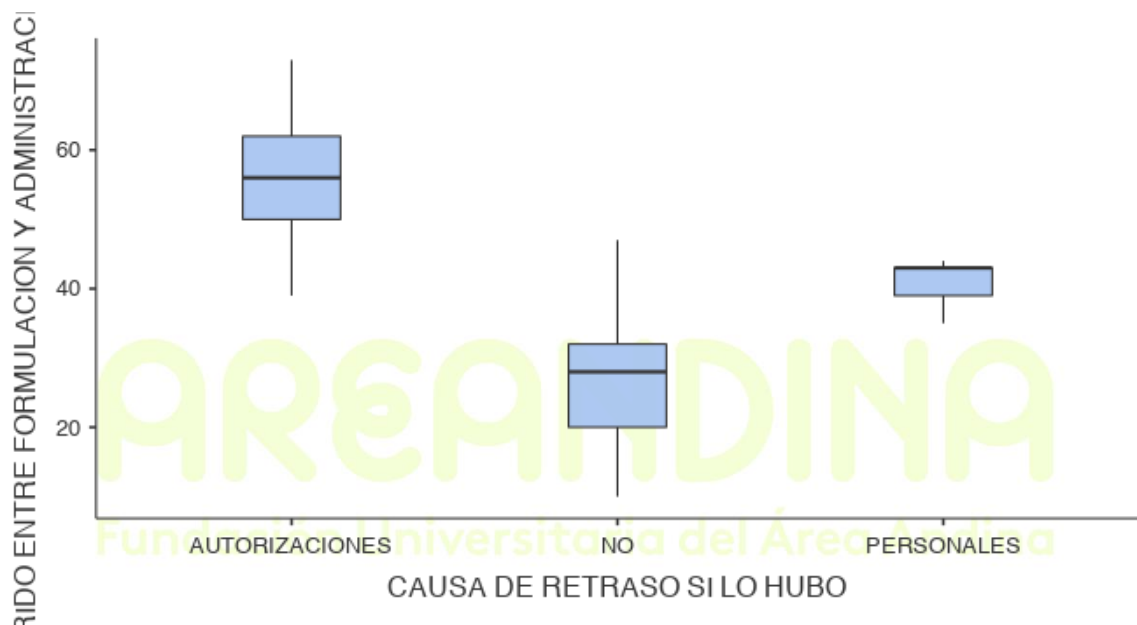
Por otro lado, el diagnóstico más representativo evidenciado en la Institución de Alta Complejidad es el referente al tumor maligno de la mama parte no especificada cerca de cinco de cada diez, adicional al diagnóstico tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama donde cerca de cuatro de cada diez personas presentaron este diagnóstico y tumor maligno de la porción central de la mama, tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama, tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama y tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama cerca del 9,7% presentaron este diagnóstico.

Ahora bien, dentro de los servicios prestados, se destaca el procedimiento de poliquimioterapia de alto riesgo (ciclo de tratamiento), el cual corresponde casi al 80% de los servicios brindados por la institución, seguido de la monoquimioterapia inyectable (ciclo de tratamiento) la cual recogió el restante de los pacientes y monoquimioterapia oral (ciclo de tratamiento) solo para una persona. En este sentido, se hizo evidente que más del 50% de los tratamientos no presentaron barreras administrativas, pese a esto cerca de cinco de cada once personas presentaron barreras administrativas referentes a la autorización del tratamiento, lo que generó demoras desde el diagnóstico hasta la prestación de la atención en salud. Otras de las barreras presentadas fueron de referentes a causas personales, referentes a la ubicación y la capacidad económica de la persona para trasladarse hasta la ciudad de atención, lo que se evidencia como una gran barrera que limita

la atención sumado a las gestiones y trámites que debe realizar en la ciudad donde se realiza la atención y deben de ser presencial.

#### 6.14.2 Análisis Bivariado.

Gráfica 1. Análisis bivariado para las variables tiempos transcurrido entre formulación y administración de la quimioterapia vs la causa del retraso en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.



En la gráfica 1 se muestra un análisis bivariado entre el tiempo transcurrido y las barreras presentadas, evidenciando un retraso superior a 50 días, por otro lado, las barreras de tipo personales presentan un retraso acotado entre 40 y 45 días, resultados que al ser comparados con los trámites que no presentaron demoras se evidencia una diferencia de casi 10 días, pese a esto, las autorizaciones por parte de la EPS, presentan una cifra elevada de días desde el diagnóstico hasta el tratamiento, ya que esta situación reduce las expectativas de vida de los usuarios y genera efectos negativos en su círculo familiar y social.

Cuadro 7. Cruce de variables más representativas en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

		<b>statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Tiempo transcurrido entre formulación y administración de la quimioterapia	Edad	Student's t	-10.8	177 < .001

Esta prueba de T de Student muestra una posible asociación entre el tiempo transcurrido entre la formulación y la administración de la quimioterapia con un valor de p menor a 0,001, lo que permite afirmar que existe una posible relación directa entre la edad y el tiempo que transcurre entre la formulación y la administración de la quimioterapia



## 6.15 PLAN DE MEJORA

Cuadro 8. Plan de mejora en base a los hallazgos encontrados en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

HALLAZGOS	¿Qué?	¿Cuándo?	¿Dónde?	¿Quién?	¿PARA QUE?	¿Cómo?	¿Cuánto?
Un porcentaje alto de pacientes encontraron la barrera administrativa en las autorizaciones, lo que retrasa la oportunidad de recibir el tratamiento de manera oportuna	Realizar una reunión con las diferentes EPS con el fin de mostrar la importancia de tener autorizaciones en el menor tiempo posible y la importancia que esto tiene en el tratamiento de los usuarios a la Institución	Noviembre de 2020	Institución de alta complejidad	Audidores de las diferentes EPS y auditor de la institución de alta complejidad	Con el fin de mostrar la necesidad de tener las autorizaciones de manera oportuna	Convocando a la reunión y mostrando los datos que se obtuvieron en la investigación realizada	\$ 50.000
Desconocimiento de derechos y trámites necesarios para acceder de forma oportuna al tratamiento de Quimioterapia	Desarrollar una campaña de comunicación para los usuarios enfocada en la gestión de trámites y acceso a la atención	De manera continua	Oficina de autorizaciones y salas de espera de la IPS	Personal de autorizaciones y personal de sistemas de la IPS	Con la educación de los usuarios y sus familias se pueden eliminar y/o minimizar las barreras de acceso por desconocimiento en los trámites.	A través de medios visuales en salas de espera (televisores) y folletos que se entregaran a los usuarios y sus familiares.	\$2.000.000



Un gran porcentaje de usuarios viven en regiones distantes de la IPS y no tienen las condiciones económicas necesarias para poder ir a recibir su tratamiento	Garantizar el acceso a los tratamientos de los pacientes que por razones económicas o de ubicación no puedan trasladarse hasta la Institución.	Continuo	En la Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero	Médicos de la Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero	Garantizar el acceso a la prestación del servicio de los usuarios que viven en regiones apartadas	Mediante la realización de mipres para que las EPS cubran los gastos de traslado de los usuarios que así lo requieren.	SIN COSTO ADICIONAL
Falta control en la IPS para garantizar la continuidad de los tratamientos de los pacientes con cáncer de mama	Implementar un programa de seguimiento y control con un equipo multidisciplinar que garantice el acceso oportuno al tratamiento de quimioterapia por parte los pacientes con cáncer de mama	De forma mensual a partir del mes de diciembre de 2020	En la Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero	Audidores médicos de IPS, líder de la autorizaciones y líder de la sala de quimioterapia de la Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero	Con el fin de garantizar el acceso las autorizaciones por parte de la EPS y los posteriores servicios de la IPS	Realizando seguimiento mensual a las solicitudes de tratamiento vs las autorizaciones expedidas.	SIN COSTO ADICIONAL

## 7. DISCUSIÓN

Las barreras administrativas frente al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en los pacientes de una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019, están conformadas en su mayoría por las autorizaciones realizadas por las EPS y en menor medida por causas atribuibles a la persona, en este sentido, se hace evidente que existe una gran retraso desde la formulación hasta la realización de la primera quimioterapia que esta concentrado en un conglomerado de superior a los 40 días, y donde los tratamientos que no sufrieron ninguna barrera ronda los 20 días, situación que es perjudicial para un paciente con este tipo de diagnóstico el cual se ubica en una media de edad superior a los 50 años.

En este orden de ideas, el estudio realizado en Bolivia por Orozco et al, evidencia como la población diagnosticada con cáncer de mama, estuvo distribuida demográficamente con una edad media de 51 años (25), resultado que se asemeja a lo encontrado en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019 donde los pacientes diagnosticados con cáncer de mama presentaron una media de 55,8 años. Otro estudio realizado en Cali, Colombia por Valderrama y Sánchez, presentó una edad promedio de 52,7 años, todas mujeres con formación primaria y que en el momento se encontraban laborando (28), situación que es similar a lo encontrado en el presente estudio, ya que se acerca a la media de la edad y donde en su mayoría eran mujeres laboralmente activas lo que es ratificado por diferentes estudios realizados en Colombia ubicando la media de edad entre los 56 y 57 años (32, 34, 36).

Sumado a lo anterior variables referentes a la ocupación, ciudad de residencia y la zona de ubicación por urbana o rural, no tuvieron mayor incidencia dentro de los estudios encontrados exceptuando los estudios realizados en la ciudad de Bogotá (32) y departamento de Antioquia (34, 36), que describen una proveniencia del casco urbano de casi el 80% para las personas diagnosticadas con cáncer de mama y con una proporción superior al 40% se encontraban ocupadas información que es similar a lo encontrado en estas mismas variables sociodemográficas en el estudio realizado en una Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019.

Por su parte para la variable referente a los tiempos entre formulación y aplicación, el estudio realizado en Cali, presentó un tiempo estimado para la autorización del tratamiento por parte de la EPS demoró 11 meses (28), resultado que difiere por debajo de lo encontrado en el presente estudio y teniendo en cuenta el contexto, la media entre la autorización del diagnóstico y el tratamiento por parte de la EPS se ubicó en 40,1 días, esta situación no es ajena en otros centros médicos de Colombia, ya que un estudio llevado a cabo en diferentes instituciones de salud del país ubicadas en ciudades capitales, arrojó como media de atención entre desde el

inicio de los síntomas hasta el tratamiento de 247 días, es decir 8 meses (28), evidencia que no tiene semejanza con lo encontrado en el presente estudio y que se ratifica por otras investigaciones donde la media de días fue de 82 (34, 35).

Las barreras más frecuentes encontradas en fueron las referentes a autorizaciones por parte de la EPS, haciéndose evidente como bajo la normativa vigente el estado ha generado demoras en la tramitología siendo la estructura del mismo sistema de salud el causante de esta problemática (30), existen otras barreras referentes a temas contractuales entre IPS y EPS, suspensión del tratamiento por demoras en la entrega de medicamentos (31, 34), a lo que se le suma la precarización y la reducción en el acceso a los servicios y la falta de oportunidades en la prestación de los tratamiento sumado a la falta de disponibilidad de citas para las personas ubicadas en las zonas rurales (32, 34, 36), estas situaciones son semejantes a lo encontrado en el presente estudio y que evidencia la decadencia del sistema de salud actual.

Con el desarrollo de la anterior investigación, fue posible identificar las barreras administrativas que logran reducir la expectativa de vida de las personas con cáncer de mama y a su vez limitan el acceso tanto a su diagnóstico como tratamiento oportuno, lo que va en contravía del derecho universal a la vida y a el acceso a los servicios de salud, siendo esta investigación una oportunidad para evidenciar una realidad en el país, donde las EPS han desarrollado una sistema de salud nefasto. Otro lado, la investigación presente dificultades en el acceso a la información ya que la Institución de Alta Complejidad, condiciono la información suministrada atribuibles a la confidencialidad de los paciente que asisten a este centro médico.

## 8. CONCLUSIONES

Se concluye que la población que asistió a la Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero en el segundo semestre del 2019, esta conformada en su mayoría por mujeres que tienen un edad promedio de 55 años, amas de casa y personas que se dedican a actividades operativas procedentes de la ciudad de Manizales y sus alrededores ubicados en zonas urbanas.

Las barreras administrativas encontradas, hacen referencias a las autorizaciones generadas por la EPS, la cual es la encargada de dar el aval para que la IPS logre comenzar el tratamiento, lo que generó demoras en promedio de 30 días, sumado a las causas personales propias de las condiciones de las vida económicas y sociales de las personas que realizan los trámites, limitando de esta forma que se acceso a un tratamiento oportuno.

Se logra proponer un plan de mejora que se enfoca en garantizar la reducción en la negación de la autorización por parte de la EPS y a su vez busca garantizar el acceso a un tratamiento oportuno enmarcado en el uso de herramientas tecnológicas y de diferentes recursos que le brinden un apoyo al paciente oncológico.

AREANDINA  
Fundación Universitaria del Área Andina

## 9. RECOMENDACIONES

Se recomienda a:

La Institución de Alta Complejidad del Eje Cafetero, desarrollar adecuadamente el plan de mejora propuesto en los resultados de la presente investigación, con el fin de reducir las barreras administrativas que encuentran los pacientes con cáncer de mama para acceder al tratamiento de quimioterapia.

A la IPS, desarrollar campañas educativas para los usuarios y sus familias con fin de reducir los tiempos de las autorizaciones y de este modo poder garantizar continuidad en la prestación de los servicios de salud enfocados en el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama.

A los auditores de la IPS, asumir una mayor responsabilidad en la vigilancia del cumplimiento de los principios de la calidad como lo son la accesibilidad y la continuidad de los tratamientos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama: prevención y control . OMS [Internet] 2018 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
2. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). Cancer de mama en Latinoamérica. OPS. [Internet] 2019 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es)
3. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe cáncer de mama y cuello uterino 2019. [Internet] 2019 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://consultorsalud.com/ins-informe-cancer-de-mama-y-cuello-uterino-2019/>
4. Ministerio de Salud. Plan nacional para controlar el cáncer en Colombia 2012-2020. [Internet] 2012 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf>
5. Bedoya C, García D, Prez Y. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedad oncológica en Colombia. [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e389/fc704527ba882b17387686659b19edfa1c4d.pdf>.
6. Suárez A, Guzmán C, Villa B, Gamboa O. Abandono del tratamiento: una causa evitable de muerte en el niño con cáncer. Rev Colomb Cancerol. 2011;15(1):22-29
7. Sánchez, G. Niño, C. Estupiñán, A. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020];34(3). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v34n3/0120-386X-rfnsp-34-03-00297.pdf>
8. López L, Ortega M. Barreras de acceso en el servicio de salud del régimen subsidiado hospital Engativa. [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/9877/OrtegaMar%C3%ADa2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Castro V, Tuesca R. Barreras de acceso, percepciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: Análisis de casos Cartagena Colombia. Universidad del Norte. [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7879/131055.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. Plan Territorial de Salud para Bogotá, D.C. 2016-2020. [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en:

- [http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan\\_Territorial\\_Salud\\_2016\\_2020.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf)
11. Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de seno. Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer. [Internet] 2019 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnóstico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-de-seno-inflamatorio.html#escrito\\_por](https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnóstico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-de-seno-inflamatorio.html#escrito_por)
  12. Trisal V. Percepciones sobre el cáncer: el impacto social, psicológico y económico del cáncer. City of Hope [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cityofhope.org/espanol/social-psychological-and-financial-impact-of-cancer>
  13. Defensoria del Pueblo de Colombia. Serie derechos de los usuarios en salud y seguridad social. Derechos en salud de los pacientes con cáncer. [Internet] 2016 [Citado el 11 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla\\_pacientes\\_Cancer.pdf](https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Cartilla_pacientes_Cancer.pdf)
  14. Tovar L, Arrivillaga M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet] 2015 [citado 12 de julio de 2020];13(27). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102232150&site=eds-live>
  15. Wiesner C. La atención del cáncer desde la perspectiva de la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. junio de 2016;20(2):49-51.
  16. Ospina M, Huertas J, Montaña J, Rivillas J. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet] 2015 [citado 12 de julio de 2020];33(2) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n2a>
  17. Instituto de Salud. Informe sobre cancer por regiones.
  18. Instituto Nacional de Cancerología ESE (INC). Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. [Internet] 2018 [citado 12 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.cancer.gov.co/ATLAS\\_de\\_Mortalidad\\_por\\_cancer\\_en\\_Colombia.pdf](https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf)
  19. Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. [Internet] 2010 [citado 12 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51144#0>.
  20. Ministerio de Salud y de la Protección Social/ Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021. Bogotá. 2012.
  21. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000. [Internet] 2020 [citado 12 de julio de 2020]. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R0412000.pdf>
  22. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá. 2012.

23. Marín M, Betancur C. Acciones de autocuidado en usuarias con mamografía positiva. Manizales, Colombia. *Ciencia y Salud Virtual*. 2019;11(2):111-130. DOI:10.22519/21455333.1366
24. Orozco E et al. Eficiencia de los procesos administrativos para la gestión del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en México. *Salud Pública de México [Internet]* 2016 [citado 14 de julio de 2020];58(5):543-552. Disponible en: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8244>.
25. Cruz J. Análisis de supervivencia de pacientes con cáncer de mama: en el Hospital Seguro Social Universitario, gestión 2000 a 2016. *Revista Cuadernos [Internet]* 2019 [citado 14 de julio de 2020]; 60(2):39-45. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762019000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762019000200006&script=sci_arttext)
26. Ximena Arbulú-La Torre. Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. *Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]* 2019 [citado 14 de julio de 2020];19(1):74-79. Disponible en: DOI 10.25176/RFMH.v19.n1.1795
27. Valderrama M, Sánchez R. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Rev colomb psiquiat. [Internet]* 2018 [citado 14 de julio de 2020];47(4):211–220. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.04.003>
28. Mejía M, Contreras A, Hernández M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica [Internet]* 2020 [citado 15 de julio de 2020];40:349-61. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.4971>
29. Uribe C, Amado A, Rueda A, Mantilla Y. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Rev Colomb Gastroenterol [Internet]* 2020 [citado 15 de julio de 2020]; 34(1):17-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v34n1/0120-9957-rcg-34-01-00017.pdf>
30. Castro V, Tuesva R. Barreras de acceso, percepciones, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama: Análisis de casos Cartagena-Colombia. *Investigación Cualitativa en Salud [Internet]* 2019[citado 15 de julio de 2020];(1). Disponible en: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1768/1721>
31. Ávila J, Rueda M, Rodríguez K, Olaya J, Bustamante L, Mesa R. Barreras y oportunidades para el acceso a los servicios de salud según la experiencia de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer. *REDIIS [Internet]* 2020 [citado 15 de julio de 2020];3(3):10-7. Disponible en: <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediis/article/view/2998>
32. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán A. Determinantes del tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama apoyadas por seis organizaciones no gubernamentales en Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]* 2016 [citado 15 de julio de 2020];34(3):297-305. Disponible en: DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n3a04



33. Aranguren L, Burbano J, González J, Mojica A, Plazas D, Prieto B. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: revisión. *Investig Enferm Imagen Desarr.* [Internet] 2017 [citado 16 de julio de 2020];19(2):129- 43. Disponible en: <http://www.index-f.com/invenf/19pdf/192129.pdf>
34. Gomez C, Segura Á, Pájaro D, Mesa M, Cadavid M. Factores demográficos asociados al tratamiento oportuno en mujeres con cáncer de mama, Antioquia. *Duazary* [Internet] 2020 [citado 17 de julio de 2020];17(3), 25-33. Disponible en: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3318>
35. Arias N, Vries E. Inequidades en salud y supervivencia al cáncer en Manizales, Colombia: un estudio de base poblacional. *Colomb Med Internet* [Internet] 2018 [citado 17 de julio de 2020];49(1): 63-72. Disponible en: doi: 10.25100/cm.v49i1.3629
36. Carrillo G, Santamaría N, Sánchez B, García L. Perfil de pacientes con cáncer en un centro de oncología en Bogotá. *IEID* [Internet] 2018 [citado 17 de julio de 2020];21(1). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/18639>
37. Arrivillaga M, Malfi D, Medina M. Atención en salud de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: evidencia cualitativa de la fragmentación del sistema de salud en Colombia. *RGYPS* [Internet] 2019 [citado 17 de julio de 2020];18(37):1-10. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/27858>
38. Nereida D, Manrique M, Carvajal A, Carvajal A, Salazar L, Martínez L, Romero P, Beltrán I. Percepciones frente al cáncer de pacientes, familiares y cuidadores atendidos en el Centro de Educación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, en la ciudad de Bogotá. *Sinapsis* [Internet] 2018 [citado 17 de julio de 2020];2(11). Disponible en: <https://www.itsup.edu.ec/myjournal/index.php/sinapsis/article/view/127>
39. American Cancer Society. Que es el cáncer. Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer [Internet] 2016 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
40. DMedicina.com. Cáncer y tumores [Internet] 2016 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/2009/03/30/cancer-tumores-2843.html>
41. OMS. Cáncer [Internet] 2015 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
42. Beltrán A. Cáncer de mama México. [Internet] 2015 [citado 17 de julio de 2020]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10\\_oct\\_2k10.pdf](http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2010/10_oct_2k10.pdf)
43. Darby S, McGale P, Correa C, Taylor C, Arriagada R, et al. Effect of Radiotherapy after breast conserving therapy on 10-year recurrence and 15-

- year breast cancer death, meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomized trials. *Lancet*: 2011; 378:1707-16.
44. Weisberg E, Manley P, Mestan J, Cowan-Jacob S, Ray A, Griffin JD. AMN107 (nilotinib): a novel and selective inhibitor of BCR-ABL. *Br J Cancer* 2006; 94:1765-9.
  45. Ramos Y, Marimón E, Crespo C, Junco B, Valiente W. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica / Breast cancer, its epidemiological characterization. *Rev. cienc. med. Pinar Rio* [Internet] 2015 [citado 18 de julio de 2020];19(4): 619-629. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754909>
  46. Breastcancer.org. ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet] 2018 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: [https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer\\_de\\_mama/que\\_es\\_cancer\\_mama?gclid=EAlaIQobChMI89iCxtqK6wIVAo9bCh03DAkhEAYASAAEgKA8vD\\_BwE](https://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/que_es_cancer_mama?gclid=EAlaIQobChMI89iCxtqK6wIVAo9bCh03DAkhEAYASAAEgKA8vD_BwE)
  47. Piñeros, M. Manual para la detección temprana del cáncer de mama. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE. Bogotá DC. Colombia; 2012.
  48. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García O, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. [Internet] 2018 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
  49. Lazcano E, Hernández M. Cáncer: frecuencia, factores de riesgo y medidas de prevención. Editores Huéspedes [Internet] 2018 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/1997.v39n4/251-252/>
  50. Martínez, J. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Cáncer de Mama y Cuello Uterino. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. MinSalud. Bogotá DC. Colombia; 2016.
  51. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. Protocolo de manejo del paciente con cáncer. Bogotá. 2011.
  52. Breastcancer.org. Síntomas y Diagnósticos del Cáncer de mama. [Internet] 2015 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios#>
  53. OMS. Breast cancer: prevention and control. [Internet] 2016 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>
  54. Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud (COLCIENCIAS). Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, 146 seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Sistema de Seguridad Social, Colombia. 2013. Guía No 19. Bogotá.
  55. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Prevención: Factores de riesgo y prevención el cáncer de mama. Resumen de Conocimientos. [Internet] 2016 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&Itemid=270&gid=3443&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&Itemid=270&gid=3443&lang=es)

56. International Agency for Research on Cancer. Fact Sheets by Cancer, Globocan. [Internet] 2012 [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
57. ROCHE. Hablemos de el cáncer de mama. Colección “Hablemos de...” [Internet] 2010 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS\\_CANCER\\_MAMA.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/HABLEMOS_CANCER_MAMA.pdf)
58. Hernández J, Rubiano D, Barona J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet] 2015 [citado 20 de julio de 2020]; 20(6): 1947-1958. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
59. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1947-58.
60. Edith Fernanda Toro Jiménez Gina Paola Espinosa Rodríguez. Acceso Al Sistema De Salud Del Régimen Subsidiado Y Los Determinantes Que Generan Inequidad En La Cobertura Del Aseguramiento Para La Ciudad De Bogotá 1994- 2006. Bogotá D.C. Universidad de la Salle. 2009.
61. Mejía A, Sánchez A, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia.
62. Aiteco. Plan De Mejora. [Internet] 2020 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.aiteco.com/calidad/plan-de-mejora/>
63. Hernandez M. Plan de mejora. [Internet] 2017 [citado 20 de julio de 2020]. Disponible en <https://calidad.umh.es/calidad-pas/plan-de-mejora/>

## BIBLIOGRAFÍA

Farias R. La lección de optimismo de un paciente con cáncer: una experiencia de cuidado recíproco. Rev. Av. enferm [internet]. 2014;32(1):154-8. Disponible en: [https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002014000100016&lng=es](https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000100016&lng=es).  
<https://www.dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46077>.

Barrera L, Vargas E, Cendales P. Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica. Investig Enferm Imagen Desarr. 2015;17(1):27-43. <https://www.dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.eccp>.

**AREANDINA**  
Fundación Universitaria del Área Andina

## ANEXOS

### ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Actividad	Jun	Jul	Ago	Sep
Grupo	X			
Selección de tema	X			
Revisión del estado de la técnica	X			
Planteamiento del problema	X			
Razón de la preparación	X			
Introducción a la propuesta		X		
Explica el marco teórico		X		
Declaración metodológica		X		
Introducción al proyecto inicial			X	
recopilación de datos			X	
Análisis de la información			X	
Resultado propuesto			X	X
Discusión				X
Prepara sugerencias				X
Preparación de conclusión				X
Redacción de artículos científicos				X
Presentación del proyecto				X

## ANEXO 2. PRESUPUESTO

RECURSOS HUMANOS					VALOR
ITEM	UNIDAD	CANTIDAD	VR. UNITARIO	VR. TOTAL	
Asesores (2)	Hora	10	\$ 60.000	\$ 1.200.000	\$ 1.200.000
Investigadores (3)	Hora	180	\$ 10.000	\$ 1.800.000	\$ 5.400.000
Digitador	Hora	100	\$ 40.000	\$ 4.000.000	\$ 4.000.000
Asesor externo	Hora	5	\$ 150.000	\$ 750.000	\$ 750.000
RECURSOS FISICOS					VALOR
Fotocopias	Unidad	200	\$ 100	\$ 20.000	\$ 20.000
Papeleria	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Impresiones	Unidad	200	\$ 500	\$ 100.000	\$ 100.000
Pasajes	Unidad	50	\$ 10.000	\$ 500.000	\$ 500.000
Viaticos	Unidad	20	\$ 50.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000
Telefonia	Unidad	1000	\$ 100	\$ 100.000	\$ 100.000
Otros					\$ 500.000
<b>TOTAL</b>					<b>\$ 13.670.000</b>