

**EVALUACIÓN DE LAS DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO E INICIO DE  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE UNA ENTIDAD  
ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD – EAPB**



**AUTOR/ES**

**ISNEDYS ESTHER BALLESTEROS GOES  
LEIDY MARCELA RINCÓN RAMÍREZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
BOGOTA D.C  
17 DE SEPTIEMBRE 2023**

**EVALUACIÓN DE LAS DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO E INICIO DE  
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER DE UNA ENTIDAD  
ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD – EAPB**



**AUTOR/ES**

**ISNEDYS ESTHER BALLESTEROS GOES  
LEIDY MARCELA RINCÓN RAMÍREZ**

**DOCENTE ASESOR  
KENIA GONZALEZ**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD  
BOGOTA D.C  
17 DE SEPTIEMBRE 2023**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Introducción</b> .....	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO</b> .....	<b>6</b>
1.1 Problema de Investigación .....	6
1.2 Objetivos.....	10
1.2.1 Objetivo General.....	10
1.2.2 Objetivos Específicos .....	10
1.3 Justificación .....	11
<b>CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	<b>13</b>
2.1 Marco Normativo .....	13
2.2 Marco Teórico.....	15
2.3 Marco Conceptual.....	19
<b>CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO</b> .....	<b>20</b>
3.1 Tipo de Estudio.....	20
3.2 Población.....	20
3.2.1 Criterios de inclusión .....	20
3.3 Cálculo de muestra y muestreo .....	21
3.4 Cronograma.....	21
3.5 Técnicas para la recolección de información .....	21
3.6 Técnicas para el análisis de la información .....	22
3.7 Consideraciones éticas .....	22
<b>CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
4.1 Caracterizar sociodemográfica y clínicamente los pacientes con diagnóstico cáncer .....	23

4.2 Identificar y clasificar las demoras según los siguientes tipo: Reconocimiento del problema, oportunidad de decisión y acción, acceso a la atención a la atención/ referencia y calidad de la atención. ....	29
4.3 Comparar las demoras encontradas en los pacientes incidentes y prevalentes de cáncer en 2023.....	34
4.4 Analizar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento por agrupación de cáncer .....	34
4.5 Discusión y Conclusiones .....	42
4.5.1 Discusión .....	42
4.5.2 Conclusiones .....	45
<b>Referencias .....</b>	<b>47</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>50</b>
<b>Evidencia sometimiento a revista académica .....</b>	<b>53</b>

## INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de la salud de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad. (Ministerio de Salud y Protección Social & Cuenta de Alto Costo, 2012)

La atención integral del cáncer requiere de una gestión clínica eficiente centrada en las necesidades del paciente y con la mayor calidad técnica y científica en cada etapa del proceso. (Ministerio de Salud y Protección Social & Cuenta de Alto Costo, 2016).

Las estimaciones más recientes de los datos de mortalidad mundial (2019), más de las tres cuartas partes de los 20,4 millones de muertes prematuras (que ocurren entre los 30 y los 70 años) se deben a enfermedades no transmisibles (ENT). De cada 10 personas que mueren prematuramente de ENT, 4 mueren de enfermedad cardiovascular (ECV) y 3 mueren de cáncer. (Bray et al., 2021)

Junto con una mayor mortalidad por cáncer en las próximas décadas, se espera una mayor carga para los sistemas de salud en línea con las proyecciones de población. Claramente, los gobiernos deben tener en cuenta estas transiciones al desarrollar políticas contra el cáncer que se ajusten al perfil de la enfermedad local. (Bray et al., 2021).

En este sentido y por lo mencionado anteriormente es importante para este estudio estudiar cuales son los 4 tipos demoras y si estas variables tienen una relación en el diagnóstico y el inicio de tratamiento. Estas demoras se analizarán a nivel de variables clínicas y sociodemográficas del paciente.

## CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

### 1.1. Problema de investigación

El estadio en el momento del diagnóstico es uno de los factores pronósticos más importantes en la identificación de la enfermedad del cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la detección temprana del cáncer es una estrategia de manejo del cáncer eficaz y eficiente, junto con la prevención, el tratamiento basado en la evidencia y los cuidados paliativos. Para detectar el cáncer en una etapa temprana, se debe consultar con un médico cuando se reconocen los síntomas por primera vez, o someterse a exámenes de detección regulares antes de que aparezcan los síntomas. (Jung et al., 2015)

Considerar diferentes tipos de cáncer por separado es fundamental para comprender mejor los desafíos del diagnóstico. Aunque a menudo se hace referencia a él como una sola entidad, el cáncer es una enfermedad muy heterogénea, que surge de diferentes órganos y sistemas y se asocia con diversos síntomas. Los datos de auditorías nacionales y encuestas a pacientes muestran que el predictor más fuerte de múltiples consultas es el sitio del tumor. Entre el 30% y el 50% de los pacientes diagnosticados posteriormente con mieloma múltiple o cáncer de páncreas, estómago o pulmón tienen múltiples consultas, en comparación con <10% de los pacientes diagnosticados posteriormente con cáncer de mama o melanoma. (Lyrtzopoulos et al., 2014)

Estas diferencias parecen reflejar la "firma sintomática" de diferentes cánceres: los cánceres en los que la mayoría de los pacientes presentan síntomas bastante específicos (como un bulto palpable en el seno o una lesión cutánea visible) están menos asociados con múltiples consultas que aquellos en los que la mayoría de los pacientes presentan síntomas no relacionados. Síntomas específicos (como dolor de

espalda o abdominal). Por lo tanto, la proporción de pacientes con un cáncer dado que experimentan múltiples consultas podría considerarse un marcador de la dificultad de sospechar ese cáncer en la primera visita a atención primaria. (Lyrtzopoulos et al., 2014)

Existe una variación sustancial en las medidas de oportunidad diagnóstica entre pacientes con diferentes tipos de cáncer. Gran parte de esta variación se ha atribuido a la diferente naturaleza, frecuencia y combinación de los síntomas de presentación (la "firma de síntomas") de cada sitio de cáncer, aunque la evidencia empírica que respalda esta explicación es escasa. Los síntomas que se presentan pueden influir en el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera presentación (el intervalo del paciente) y el tiempo desde la primera presentación hasta la derivación posterior a la atención especializada (el intervalo de atención primaria). Por lo tanto, estudiar cómo se asocian los diferentes síntomas con la duración de estos dos intervalos es una prioridad para la investigación del diagnóstico temprano. (Koo et al., 2018)

La detección y el tratamiento del cáncer en una fase temprana mejoran las perspectivas de supervivencia a largo plazo. En muchos tipos de cáncer, el pronóstico de los pacientes con tumores pequeños y localizados es mucho mejor que el de los pacientes con enfermedad avanzada o metastásica. Si el cáncer se diagnostica pronto, es posible que no se haya producido la diseminación microscópica de la enfermedad. Por tanto, la extirpación del tumor primario puede ser curativa. En el caso de algunos tipos de cáncer, está demostrado que el diagnóstico y el tratamiento antes de que aparezcan los síntomas mejoran la supervivencia. (Richards, et al.,)

Para el logro de la calidad de la atención en salud se debe garantizar la accesibilidad y la oportunidad en la atención; la accesibilidad es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS y la

oportunidad es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios. (Ministerio de la Protección Social).

El acceso oportuno al tratamiento es decisivo para mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida de quienes la padecen. En la bibliografía, el retraso total se define como un lapso de más de tres meses entre el inicio de síntomas y el comienzo del tratamiento. Se clasifica en dos tipos: 1) demora de la paciente: definida como el tiempo mayor a tres meses entre la primera consulta y el inicio de síntomas; 2) demora del proveedor: el más aceptado es el lapso de más de un mes entre la primera consulta médica y el inicio del tratamiento definitivo. (Bonila Sepulveda, 2023)

El camino del paciente desde el descubrimiento de los síntomas hasta la confirmación del diagnóstico de cáncer suele ser muy complicado, ya que abarca diferentes niveles sanitarios, servicios y profesionales y contribuye a los retrasos en el tratamiento. Los retrasos en el diagnóstico y el tratamiento también contribuyen a las altas y constantes tasas de mortalidad por cáncer en América Latina. La Organización Mundial de la Salud - OMS estableció recientemente los programas de diagnóstico temprano del cáncer como una prioridad para los países de bajos y medianos ingresos y los definió como la identificación temprana del cáncer en pacientes que tienen síntomas de la enfermedad (Vázquez et al., 2022).

El objetivo del diagnóstico temprano del cáncer es identificar la enfermedad en las personas que tienen síntomas y signos compatibles con el cáncer lo antes posible y vincularla con el tratamiento sin demora. Las intervenciones para garantizar un acceso

adecuado y oportuno y una sólida coordinación de la atención entre los servicios de salud requeridos atención primaria, diagnóstico y servicios especializados son clave para el control del cáncer. (Vázquez et al., 2022)

Los retrasos en el diagnóstico del cáncer se acentúan en sistemas de salud fragmentados, caracterizados por un acceso limitado a los servicios de salud y una mala coordinación de la atención entre una amplia gama de proveedores. Aunque se requiere más investigación, los estudios disponibles en América Latina sugieren que la mayoría de los retrasos ocurren dentro del intervalo del proveedor y están relacionados con las barreras financieras, geográficas y organizacionales de acceso, incluida la mala sospecha diagnóstica en atención primaria y la limitada coordinación de atención entre niveles. (Vázquez, y otros, 2022). Estos retrasos suelen estar relacionados con demoras por parte del paciente, falta de reconocimiento del problema, falta de acceso a la atención y logista de referencia y falla en la calidad de la atención (Reyes Armas & Villa)

### **Pregunta de investigación.**

¿Cuáles son las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento y su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes de una Entidad Administradora de planes de beneficios en Salud del área metropolitana de Bucaramanga en el primer semestre del año 2023?

Sistematización del Problema: No aplica

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo General**

Evaluar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento y su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer afiliados a una Entidad Administradora de planes de beneficios en Salud del área metropolitana de Bucaramanga en el primer semestre del año 2023.

### **1.2.3 Objetivos específicos**

1.1.1. Caracterizar sociodemográfica y clínicamente los pacientes con diagnóstico de cáncer de una EAPB.

1.1.2. Identificar y clasificar las demoras según los siguientes tipo: Reconocimiento del problema, oportunidad de decisión y acción, acceso a la atención a la atención/ referencia y calidad de la atención.

1.1.3. Comparar las demoras encontradas en los pacientes incidentes y prevalentes de cáncer en 2023.

1.1.4. Analizar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento por tipos cáncer solidos o hematologicos.

1.1.5. Clasificar las demoras respecto a la estadificación del cáncer de los participantes.

### 1.3 Justificación

El cáncer es una enfermedad que engloba un conjunto de enfermedades que tienen un origen multicausal, es de alto interés en salud pública en Colombia y el mundo, por lo que es una prioridad para las políticas de salud, actualmente en nuestro país, es una problemática que va en aumento, se estima que 96 personas mueren cada día por su causa; según datos del ministerio de salud y protección social las cifras de mortalidad en el año 2010 en mujeres, son en primer lugar para el cáncer de mama, le sigue el cáncer de cuello uterino, estómago, pulmón, colon y recto; en los hombres ocupa el primer lugar tumores malignos de estómago, seguido por cáncer de próstata, pulmón, colon, recto y leucemias; en niños y jóvenes, las leucemias siguen siendo la primera causa de enfermedad y muerte.

El paciente con diagnóstico de cáncer conlleva un alto impacto socioeconómico debido a los costos asociados con el tratamiento, por ejemplo, un estudio de la revista colombiana de cancerología en el 2016 revela que “los estadios más costosos para el cáncer de mama fueron el metastásico con un costo total de \$144.400.865, seguido del cáncer de mama regional que alcanzó un costo total de \$65.603.537.” (O. Gamboa, LA. Buitrago, 2016), también debe considerarse la pérdida de la productividad del individuo y el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

En Colombia las investigaciones en esta área son variadas y frecuentes, pero no se evidencia una reducción significativa en la morbilidad y mortalidad, esto conlleva a necesidades no satisfechas en el campo de la investigación y tratamiento del cáncer, no se cuenta con el acceso a terapias avanzadas y se observa la necesidad de desarrollar estrategias de prevención efectivas.

La inoportunidad en el diagnóstico y tratamiento en cáncer refleja debilidades en la calidad y el acceso a los servicios oncológicos, es por eso, que se pretende evaluar

las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento y su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer, esto puede incluir la posibilidad de desarrollar estrategias que impacten en el acceso a las rutas de atención y en cumplimiento de la oportunidad de atención y diagnóstico, esto beneficiaría a la sociedad colombiana en términos de salud pública, reducción de costos de atención médica y mejora de la calidad de vida de los pacientes.

## CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1 Marco normativo

- **Decreto 1011 de 2006**, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Decreto 5017 de 2009**, Por el cual se aprueba la modificación de la estructura del Instituto Nacional de Cancerología -INC - Empresa Social del Estado. Art 2 Numeral 6, Obligaciones del INC frente al sistema nacional de información del cáncer.

- **Ley 1384 de 2010**, Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.

- **Ley 1388 de 2010**, Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Define como objeto la disminución significativa de la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años.

- **Resolución 0247 de 2014**, Por la cual se establece el reporte de pacientes con cáncer.

- **Resolución 1383 de 2013**, Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021

● **Resolución 1477 de 2016**, Por la cual se define el procedimiento, los estándares y los criterios para la habilitación de las Unidades Funcionales para la Atención Integral de Cáncer del Adulto "UFCA" y de las Unidades de Atención de Cáncer Infantil "UACAI" y se dictan otras disposiciones.

## **2.2 Marco teórico**

### **Cáncer**

Según la organización mundial de la salud, el cáncer es “La multiplicación rápida de células anormales”, esta multiplicación puede originarse en cualquier parte del cuerpo y extenderse rápidamente a las estructuras adyacentes. El cuerpo humano está compuesto por millones de células y cada una de ellas entra en un proceso llamado “apoptosis” que es la muerte celular programada, es decir, cuando la célula ya ha envejecido o se daña, muere y es reemplazada por una nueva; pero en algunos casos, no se da esta muerte celular, sino que la célula continúa multiplicándose y lo hace más rápidamente que las células sanas. (OMS, 2022)

Según el instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, existen algunas diferencias entre las células normales y las células cancerígenas: Las células cancerosas se multiplican sin recibir la orden de que deben hacerlo, no llevan a cabo el proceso de apoptosis, invaden otros tejidos y partes del cuerpo, provocan que los vasos sanguíneos irrigen los tumores, los oxigenen y los alimenten, evaden el sistema inmunitario y logran que este las proteja en lugar de atacarlas. (NIH, 2021)

### **Análisis de demora en servicios de salud**

Para este análisis se tomó como referencia la metodología de las cuatro demoras utilizadas para unidades de análisis.

- **Tipo I: falta de reconocimiento del problema.** Desconocimiento de las implicaciones en la salud, desconocimiento de signos y síntomas de alarma. Demora para reconocer la necesidad de atención de salud (Reyes Armas & Villa)

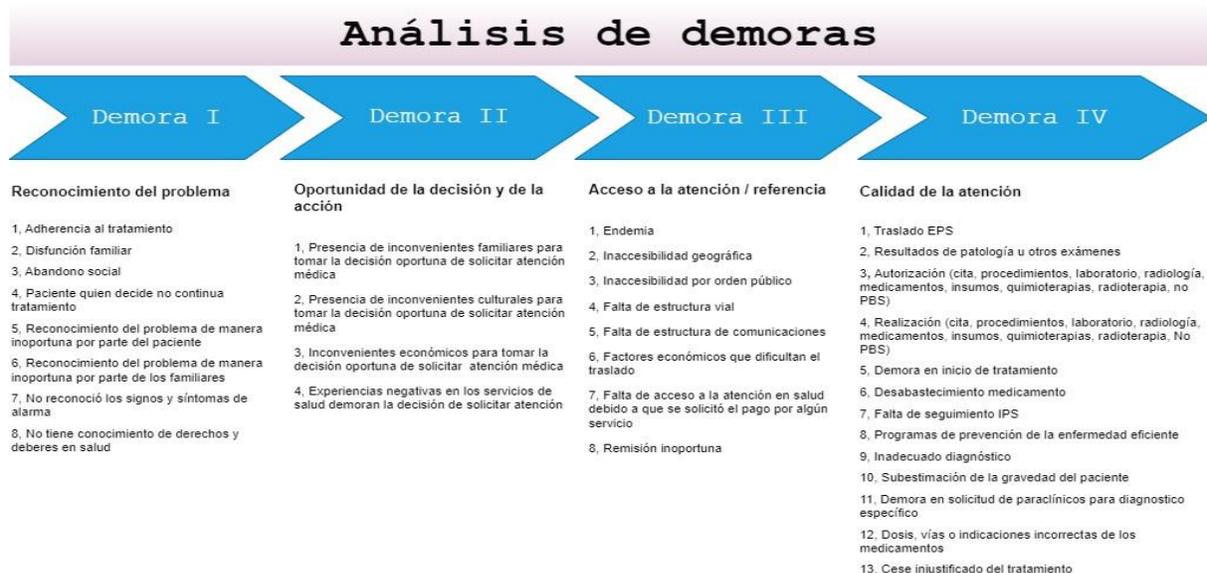
- **Tipo II: falta de oportunidad de decisión y acción.** Falta de oportunidad de contacto con el servicio de salud. Demora en las decisiones para procurar atención. Demoras relacionadas con barreras para acceder a la atención (relacionado con factores socioculturales, geográficos y económicos). (Reyes Armas & Villa)

- **Tipo III: falta de acceso a la atención y logística de referencia.** Demora en la selección de una institución de salud que ofrezca la atención necesaria y de llegar a la misma (relacionado con la disponibilidad de establecimientos y la facilidad de acceso a los mismos). (Reyes Armas & Villa)

- **Tipo IV: falla en la calidad de la atención desde el nivel primario hasta el nivel III.** Demora para recibir un tratamiento adecuado y apropiado (relacionado con la calidad de la atención desde los niveles inferiores). (Reyes Armas & Villa). A continuación, se describen los tipos de demoras por cada categoría.

**Figura 1.**

*Modelo de análisis de las cuatro demoras de pacientes oncológicos.*



**Fuente:** Metodología general unidad de análisis de casos especiales

## Indicadores de gestión del riesgo en Cáncer

Según la Resolución 3339 de 2019 se hace necesario realizar gestión del riesgo de los cánceres priorizados, de interés en salud pública, con el objetivo de lograr una detección temprana y controlar la enfermedad, garantizando el acceso oportuno al tratamiento efectivo. Uno de los atributos de la calidad es la oportunidad que es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (MSPS, 2023). A continuación, se muestran indicadores de oportunidad de diagnóstico y oportunidad en inicio de tratamiento según el tipo de cáncer priorizado y valores críticos.

**Figura 2.**

*Tiempos de oportunidad según el tipo de cáncer.*

Localización	Indicadores de oportunidad en cáncer	Rango de cumplimiento		
MAMA CERVIX	Oportunidad diagnóstico en cáncer	≤ 30 días	≤ 45 y > 30 días	> 45 días
	Oportunidad de inicio de tratamiento	≤ 15 días	≤ 30 y > 15 días	> 30 días
PROSTATA COLON Y RECTO ESTOMAGO PULMON	Oportunidad de diagnóstico	< 30 días	≥30 a < 60 días	≥ 60 días
	Oportunidad de tratamiento	< 30 días	≥ 30 a < 60 días	≥ 60 días
MELANOMA	Oportunidad de diagnóstico	≤ 30 días	31 a 44 días	≥ 45 días
	Oportunidad de tratamiento	≤ 30 días	31 a 44 días	≥ 45 días
LINFOMANO HODGKIN	Oportunidad de diagnóstico	≤ 15 días	> 15 a < 30 días	≥ 30 días
	Oportunidad de tratamiento	≤ 30 días	> 30 a < 60 días	≥ 60 días
LINFOMA HODGKIN	Oportunidad de diagnóstico	≤ 15 días	> 15 a < 30 días	≥ 30 días
	Oportunidad de tratamiento	≤ 30 días	> 30 a < 60 días	≥ 60 días
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA_ADULTOS	Oportunidad de diagnóstico a tratamiento, CNR.	≤ 5 días	-	> 5 días
	Oportunidad de trasplante, CNR.	Por definir		
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA_ADULTOS	Oportunidad de diagnóstico a tratamiento, CNR.	≤ 5 días	-	> 5 días
	Oportunidad de trasplante, CNR.	Por definir		
LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA_NIÑOS	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LLA	Por definir		
	Oportunidad del inicio del tratamiento	≤ 5 días	-	> 5 días
LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA_NIÑOS	Oportunidad del diagnóstico a partir del ingreso al centro que confirma la LMA	Por definir		
	Oportunidad del inicio del tratamiento	≤ 5 días	-	> 5 días

**Fuente:** Cuenta de Alto Costo

A continuación, se describe como los tiempos para calcular los indicadores

**Tabla 1.**

*Operalización del indicador oportunidad de diagnóstico*

Nombre del indicador	Oportunidad del diagnóstico
Tipo de indicador	Resultado
Propósito	Mide oportunidad en diagnóstico de acuerdo a la fecha de resultado histopatológico
Definición Operacional	Mide el tiempo transcurrido en número de días, entre la fecha de remisión del médico o institución prestadora del servicio general y la fecha del primer informe histopatológico de diagnóstico.
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente	Cuenta de Alto costo - CAC
Categorización	Depende del tipo de Cáncer
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional

**Fuente:** Decreto 1011 de 2006

**Tabla 2.**

*Operalización del indicador oportunidad de inicio de tratamiento*

Nombre del indicador	Oportunidad de inicio de tratamiento
Tipo de indicador	Resultado
Propósito	Mide oportunidad en tratamiento de acuerdo al inicio de tratamiento
Definición Operacional	Mide el tiempo transcurrido en número de días, entre la fecha del primer informe histopatológico de diagnóstico y el primer tratamiento (quimioterapia, radioterapia o cirugía).
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente	Cuenta de Alto costo - CAC
Categorización	Depende del tipo de Cáncer
Nivel	Institucional, municipal, departamental o distrital y nacional

**Fuente:** Decreto 1011 de 2006

## 2.3 Marco conceptual

**Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB:** Son entidades administradoras de planes de beneficios las cuales son plenamente identificadas en el numeral 121.1 del artículo 121 de la ley 1438 de 2011, estas son: “Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las Empresas Solidarias, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, actividades de salud que realizan las aseguradoras, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las administradoras de riesgos profesionales en sus actividades de salud. Las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, sin perjuicio de las competencias de la Superintendencia de Subsidio Familiar.” (Función pública 2011).

**-Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS:** Son instituciones prestadoras de servicios de salud que según el artículo 185 del capítulo 2 de la ley 100 de 1993 tienen funciones bien definidas como prestar atención y servicios en salud a toda la población afiliada al sistema general de seguridad social en salud, este debe brindarse con calidad, oportunidad y eficiencia.

**- Oportunidad:** Según el decreto 1011 de 2006, la oportunidad es definida como la posibilidad que tiene el paciente de acceder o tomar un servicio de salud sin que se presente ningún retraso o demora que perjudique su estado de bienestar.

**- Accesibilidad:** Según el decreto 1011 de 2006, la accesibilidad es la posibilidad que tiene un paciente en usar un servicio en salud que necesite o requiera.

**- Demora:** Se define como el retraso o la dilatación en el cumplimiento de algo, es este proyecto de investigación hace referencia al retraso al que se ven expuestos los pacientes ante la necesidad de acceder a un servicio en salud.

## CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

**3.1 Tipo de estudio:** Es un estudio observacional analítico de corte transversal.

Un estudio Observacional “corresponde a diseños de observación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.” (J. Morphol 2014)

“Los estudios observacionales pueden ser descriptivos y analíticos, los estudios descriptivos se enfocan en describir y registrar lo observado y los estudios analíticos permiten comparar grupos de sujetos; este tipo de estudio representa aproximadamente el 80% de las publicaciones de las revistas biomédicas.” (J. Morphol 2014). En este proyecto actual, el enfoque es evaluar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento y su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer de una EAPB del área metropolitana de Bucaramanga en el primer semestre del año 2023

**3.2 Población:** Pacientes con cáncer que iniciaron su atención en una IPS, afiliados a una EAPB del área metropolitana de Bucaramanga

**3.2.1 Criterios de inclusión:** Pacientes incidentes y prevalentes que iniciaron su atención en una IPS en el primer semestre del año 2023 con diagnóstico confirmado de cáncer afiliados a una EAPB del área metropolitana de Bucaramanga.

\*Incidentes: se considera incidentes a los pacientes que durante su atención en el año 2023 fueron diagnosticados con cáncer.

\*Prevalente: pacientes afiliados a una EAPB, pero que venían previamente con diagnósticos de otras EAPB. Esta situación se puede presentar en pacientes trasladados de EAPB

**3.2.2 Criterios de exclusión:** En caso de presentar un segundo cáncer se excluirán las demoras correspondientes a ese antecedente



anexo 1. Para la recolección de los pacientes nuevos se tomará una marcación automática de pacientes oncológicos que se realiza diariamente mediante una bodega de bases de datos

### **3.6. Técnicas para el análisis de la información:**

Para en análisis descriptivo las variables categóricas como tipo de demoras, se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes, para las variables continuas se evaluará su normalidad mediante la prueba Shapiro- Wilk, las variables con distribución normal serán descritas con media y desviación estándar, mientras, aquellas con distribución no normal con mediana y rangos intercuartílicos.

Para el componente analítico, se usará pruebas de contraste de hipótesis, teniendo como variable dependiente las demoras (variable categórica). Se usará Chi 2 y exacto de Fisher cuando se analice con una variable independiente de tipo categórica. En los casos en donde la variable independiente sea continua con distribución normal se usará la prueba t student y caso de no normal la prueba U de Mann-Whitney. Los análisis estadísticos serán usados en el programa STATA versión 15.

**3.7. Consideraciones Éticas:** La investigación se realizará teniendo como base los aspectos éticos de la resolución 008430 de 1993, con el objetivo de aportar información a la práctica médica, entidades de salud y al público en general, para que sean tenidas en cuenta en los planteamientos de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es una investigación que no presenta riesgo a las personas participantes, dado que es un estudio retrospectivo y se guío en la revisión de registros oficiales en los que no se le identificará aspectos sensitivos de su conducta. En relación con este tema, esta investigación se apega a las normas éticas elaboradas en la declaración de Helsinki, modificada Brasil 2013, y al reporte de Belmont teniendo en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, justicia y respeto a los demás. Así mismo, esta investigación se apega a las pautas indicadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

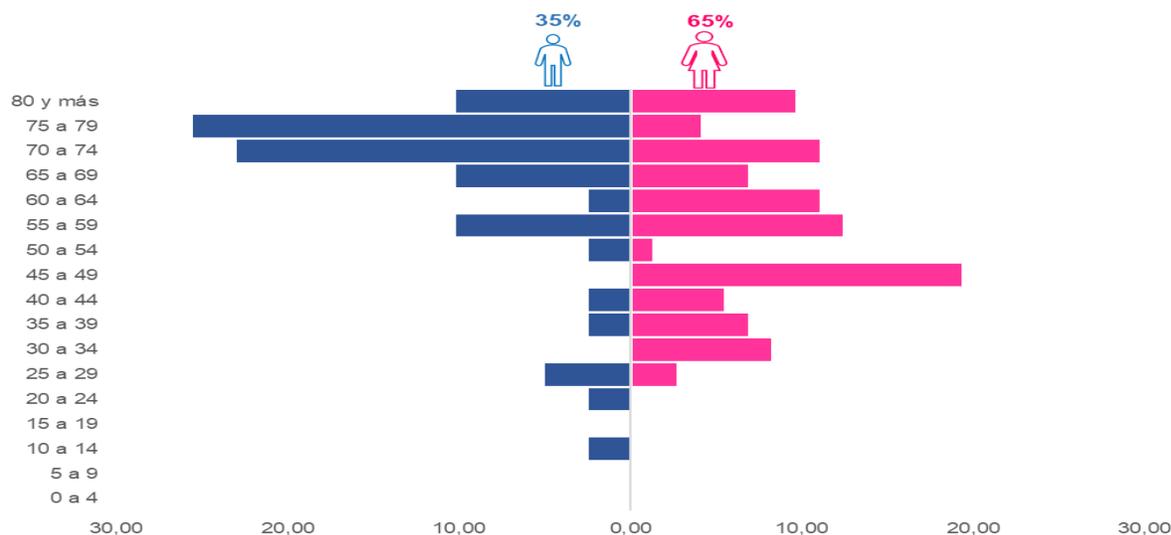
## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Evaluar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento y su relación con características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con cáncer atendidos en una entidad administradora de planes de beneficios en salud – EAPB del área metropolitana de Bucaramanga en el primer semestre del año 2023

### 4.1. Caracterizar sociodemográfica y clínicamente los pacientes con diagnóstico cáncer.

#### Figura 3.

*Pirámide poblacional de pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

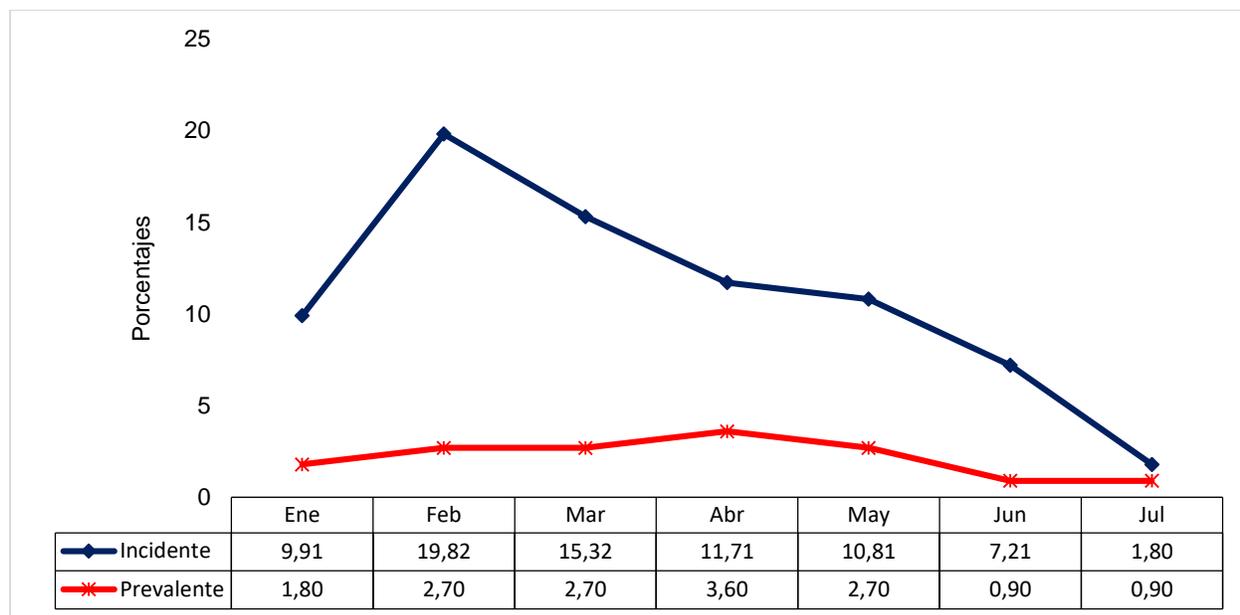


Nota: Para este análisis se utilizará como variables sociodemográficas, edad, sexo, régimen, municipio, paciente incidente y prevalente. Como variables clínicas tipos de cáncer y estadificación. La población total atendida en el primer semestre del año 2023 fueron 111 pacientes con diagnóstico confirmado con cáncer por cualquier tipo de cáncer. De estos el 65% de la población corresponde al sexo femenino y el 35%

corresponde al sexo masculino. Se observa que el sexo femenino es el más afectado por esta enfermedad y que el grupo de edad con mayor impacto son las edades entre 45 a 49 años de edad y los menos afectados o menor incidencia es el quinquenio de 50 a 54 años. Adicionalmente, se observa que a medida que aumenta la edad los casos reportados aumentan a expensas más de los hombres, donde se evidencia que de 70 a 79 años es donde existe la mayor cantidad de casos diagnosticados por cáncer, esto se debe posiblemente a que los hombres consultan tardíamente mientras que las mujeres tienden a consultar con mayor frecuencia de manera precoz y realizar sus tamizajes regularmente. Para las edades de 0 a 9 años no se reportaron casos.

**Figura 4.**

*Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cáncer prevalentes e incidentes. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*



Nota: De los 111 pacientes analizados solo 99 pacientes se les dio clasificación de pacientes incidentes o prevalentes. De estos 99 casos, el porcentaje de casos incidentes corresponde al 76,58% y prevalentes de 15,32%. Un 8,11% de los pacientes no reportan información sobre el tipo de población, es decir, si son incidente o prevalente. Se observa que los casos incidentes a partir del mes de abril empiezan a disminuir mientras

que los prevalentes tiene un comportamiento estable en los 6 meses de análisis. Para los incidentes se evidencia una disminución en 8,11 puntos porcentuales del mes de enero a julio de 2023 mientras que el cambio para los prevalentes fue de 0,9 puntos porcentuales. Se espera una tendencia a la disminución para ambos grupos por temas propios de contratación de esta EAPB.

**Tabla 3.**

*Caracterización sociodemográfica de casos nuevos reportados según el régimen de afiliación. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

Variables	Régimen de afiliación				Total	
	Subsidiado		Contributivo			
	n	%	n	%	n	%
	30	27,03	81	72,97	111	100
<b>Edad</b>	62		59		61	
<b>Municipio de residencia</b>						
Bucaramanga	6	20,00	25	30,86	31	27,93
Floridablanca	10	33,33	24	29,63	34	30,63
Girón	5	16,67	6	7,41	11	9,91
Piedecuesta	9	30,00	26	32,10	35	31,53

*Los valores reportados corresponden a números absolutos y porcentajes para todas las variables excepto la edad, que se presenta la mediana.*

Nota: Según el régimen de afiliación la población con mayor porcentaje es el régimen contributivo con un 72,97% esto debido que es una EAPB de origen contributivo y el 27% restante son del régimen subsidiado bajo la modalidad de movilidad al subsidiado. Se observa que la mediana de edad de los pacientes del subsidiado es 62 años y contributivo es 59 años, es decir, que puede existir una relación entre régimen y la detección precoz u oportuna del cáncer. Teniendo en cuenta, que el régimen subsidiado es una población a riesgo, con nivel socioeconómico generalmente más bajo, fuente de ingresos inestable (informalidad) y poco nivel educativo. Se observa que el municipio de Piedecuesta y Floridablanca es quien tiene mayores casos reportados.

**Tabla 4.**

Caracterización clínica de los casos reportados según pacientes incidentes y prevalentes. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.

Localización	Estadificación	Incidente	Prevalente	Sin clasificar	Total
Piel	0 (tumor in situ)	1	0	0	1
	Cáncer de piel basocelular	12	4	0	16
	Sin dato	1	1	4	6
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>23</b>
Mama	0 (tumor in situ)	1	0	0	1
	I	1	0	0	1
	II	5	0	0	5
	III	4	0	0	4
	IV	1	0	0	1
	Por definir	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
Prostata	I	1	1	0	2
	II	3	0	0	3
	III	4	0	0	4
	IV	1	0	0	1
	Por definir	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>
	Colon y recto	I	2	0	0
II		1	0	0	1
III		3	0	0	3
Sin dato		1	1	0	2
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
Cuello del útero		0 (tumor in situ)	4	1	0
	I	1	0	0	1
	III	1	0	0	1
	Por definir	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>8</b>
	Estomago	II	1	0	0
III		1	0	0	1
IV		1	0	0	1
<b>Total</b>		<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
Glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas		I	4	1	0
	III	0	1	0	1
	Sin dato	1	2	0	3
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
	Leucemia linfocitoide aguda	Riesgo intermedio	0	1	0
<b>Total</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Leucemia mielocitoide aguda	Sin dato	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Leucemia mielocitoide crónica	Riesgo bajo intermedio	1	0	0	1
	Sin dato	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Linfoma hogkin	Sin dato	0	0	1	1
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Linfoma no hogkin	III	1	0	0	1
	IV	1	0	0	1
	Sin dato	3	1	0	4
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
Mieloma múltiple y tumores malignos de células plasmáticas	Sin dato	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	Sin dato	0	1	0	1
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Órganos digestivos	IV	3	0	0	3
	Sin dato	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Órganos genitales femeninos	I	3	1	0	4
	II	1	1	0	2
	III	1	0	0	1
	IV	1	0	0	1
	Sin dato	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
Órganos respiratorios e intratorácicos	Sin Dato	0	0	1	1
	<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
Sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados	IV	1	0	0	1
	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
Traquea bronquios y pulmon	IV	2	0	0	2
	<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
Vías urinarias	III	1	0	0	1
	IV	1	0	0	1
	Sin dato	1	0	3	4
	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Total general</b>		<b>85</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>111</b>

Nota: De los 111 pacientes reportados con cáncer solo 81 pacientes están correctamente estadificados. Se observa que el cáncer de piel es el que tiene mayor número de pacientes con el 14,41%. Mientras que el 0,90% son pacientes in situ con diagnóstico de ca de piel con respecto al total. Este tipo de cáncer es el menos agresivo. El segundo cáncer con mayor número de pacientes estadificados son los pacientes con ca de mama, el cual presenta, un porcentaje de estadificación de 11,71%, los estadios con mayor frecuencia para ca de mama son los II y III. Solo un paciente tiene el criterio por definir, esto posiblemente porque no tiene resultados de patología. Se evidencia que el cáncer de tráquea, bronquio y pulmón y estomago entran en estadios IV que se categoriza en estadios tardíos. Estos probablemente porque son multiconsultantes del primer nivel de complejidad.

El tercer cáncer que tienen mayor número de pacientes estadificados son los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata, es decir, el 9,90% del total de pacientes. El estadio con mayor frecuencia para este tipo de cáncer es el II y el III.

Este comportamiento es similar hasta para los cánceres que tienen procesos de tamización como cáncer de mama, próstata y cérvix se esperaría que el estadio al momento del diagnóstico fueran in situ o estadio I. Se evidencia que no existe diferencia entre los canceres de fácil y difícil diagnostico en el estadio. En cuanto a los cánceres hematológicos parecieran tener mejor pronóstico que los oncológicos con respecto al estadio.

Tabla 4.1. Tabla resumen de estadificación del paciente al momento del diagnóstico. *Área metropolitana de Bucaramanga, 2023*

Estadificación	N	%
In situ	7	6,31
Estadio I	15	<b>13,51</b>

Estadio II	12	10,81
Estadio III	17	15,32
Estadio IV	12	10,81
Riesgo intermedio	2	1,80
No aplica (Es cáncer de piel basocelular)	16	14,41
Sin dato - Sin definir	30	27,03
<b>Total</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

En cuanto a la tabla 4.1 los estadios clínicos con mayor frecuencia son los pacientes en estadio III con un porcentaje del 15,32%, seguido por estadio I con el 13,51% y en tercer lugar el estadio II y IV. Teniendo en cuenta que los estadios III y IV están en los tres primeros puestos de frecuencia es importante revisar que sucede a nivel primario desde el médico de cabecera y las acciones encaminadas a la prevención y promoción de la enfermedad.

**Tabla 5.**

*Distribución porcentual de cáncer según tipo de cáncer y sexo. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

Diagnostico	Femenino		masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Colon y recto	4	5,56	4	10,26	23	20,72
Cuello del útero	8	11,11	0	0,00	13	11,71
Estomago	3	4,17	0	0,00	11	9,91
Glándula tiroides y de otras glándulas endocrinas	9	12,50	0	0,00	9	8,11
Leucemia linfoide aguda	0	0,00	1	2,56	9	8,11
Leucemia mieloide aguda	1	1,39	0	0,00	8	7,21
Leucemia mieloide cronica	1	1,39	1	2,56	8	7,21
Linfoma hogkin	0	0,00	1	2,56	6	5,41
Linfoma no hogkin	4	5,56	2	5,13	6	5,41
Mama	13	18,06	0	0,00	4	3,60
plasmáticas	0	0,00	1	2,56	3	2,70
Ojo, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central	1	1,39	0	0,00	2	1,80
Órganos digestivos	1	1,39	3	7,69	2	1,80
Órganos genitales femeninos	9	12,50	0	0,00	1	0,90
Órganos respiratorios e intratorácicos	0	0,00	1	2,56	1	0,90
Piel	14	19,44	9	23,08	1	0,90
Próstata.	0	0,00	11	28,21	1	0,90
Sitios mal definidos, secundarios y de sitios no	0	0,00	1	2,56	1	0,90
Traquea bronquios y pulmon	1	1,39	1	2,56	1	0,90
Vías urinarias	3	4,17	3	7,69	1	0,90
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>111</b>	<b>100,00</b>

Nota: Para el periodo analizado el 65% de los diagnósticos de cáncer corresponde al sexo femenino y el 35% al sexo masculino. Las localizaciones más frecuentes fue el cáncer de colon y recto con 20,72%, seguido de ca cuello del útero con 11,71% y en tercer lugar ca de estómago con el 9,91%, con respecto al total.

En cuanto a la distribución por sexo se evidencia en las mujeres el cáncer más frecuente es el cáncer de piel con un porcentaje de 19,44% seguido de cáncer mama con un porcentaje de 18,06%, y cáncer de cuello de útero con 11,11%.

En los hombres el cáncer más frecuente es de próstata con 28,21% de los casos, seguido por cáncer de piel con el 23,08% y en tercer lugar cáncer de colon y recto con un porcentaje de frecuencia de 10,26 %.

Como descripción sin discriminación de sexo, se observa que en primer lugar está el cáncer de colon y recto con el 20.72% y de estómago con 9.91 %, concluyendo que son las vías digestivas bajas y altas las que presentan mayor relevancia en la población general.

#### **4.2. Identificar y clasificar las demoras según los siguientes tipo: Reconocimiento del problema, oportunidad de decisión y acción, acceso a la atención a la atención/ referencia y calidad de la atención.**

A continuación, se realiza la identificación y clasificación de las demoras que presenta el paciente al momento de acceder a los servicios de salud. Estas demoras pueden ser originadas por parte del paciente y su entorno familiar o puede ser demoras producidas por parte del sistema de salud, en este caso, las EAPB o IPS.

**Tabla 6.**

*Clasificación de demoras uno: Reconocimiento del problema. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

Demora uno: Reconocimiento del problema						
Paciente	Adherencia al tratamiento	Abandono social	Paciente quien decide no continua tratamiento	Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte del paciente	Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares	Total demoras
3				X		1
6	X		X			2
43	X					1
27				X		1
40			X	X	X	3
42				X		1
48				X		1
53		X		X		2
57				X		1
68				X		1
103				X		1
114				X	X	2
	2	2	2	11	2	17

Nota: La demora uno que tiene que ver con *reconocimiento del problema por parte del paciente* se observa que el 10,81% de los pacientes presenta por lo menos una demora y máximo tres retrasos en esta categoría. Al realizar la revisión se encontró que estos pacientes tienen diagnósticos de cáncer en su mayoría ginecológicos como son cáncer de mama y cuello del útero en mujeres, en hombres próstata. Se observa que en la demora uno, el 83,33% de los pacientes manifiestan que no reconocieron el problema, lo cual denota, un fuerte desconocimiento por parte del paciente en signos y síntomas de cáncer a pesar de que este tipo de cáncer ha tenido a nivel nacional campañas de salud pública de promoción y prevención de la enfermedad donde se informa y educa al paciente sobre como reconocer los síntomas de la enfermedad.

**Tabla 7.**

*Clasificación de demoras dos: Oportunidad de la decisión y de la acción. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción		
Paciente	Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica	Total demoras
73	X	1

Nota: Para la demora dos solo hay un solo paciente que presento esta demora y está asociada a inconvenientes familiares para tomar la decisión de asistir de manera oportuna a los servicios de salud. Este tipo de demoras son propias del paciente y su dinámica social y familiar.

**Tabla 8.**

*Clasificación de demoras tres: Acceso a la atención/referencia. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

<b>Demora tres: Acceso a la atención / Referencia</b>		
<b>Paciente</b>	<b>Pandemia</b>	<b>Total demoras</b>
47	X	1
68	X	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Nota: Para la demora tres es interesante observar que los pacientes no presenten demoras en cuanto zona geográfica de difícil acceso, áreas dispersas, viáticos, etc, ya que todos los pacientes son del área urbana de Bucaramanga. La única demorada presentada fue por la pandemia. A pesar de que oficialmente la pandemia termino, al día de hoy todavía existe temor por parte de algunos pacientes para asistir a las IPS de manera segura.

**Tabla 9.**

*Clasificación de demoras cuatro: Calidad de la atención. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

Demora cuatro: Calidad de la atención							
Pacientes	Traslado EAPB	Resultados de patología u otros exámenes	Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos.	Realización cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias.	Demora en inicio de tratamiento	Falta de seguimiento IPS	Total demoras
1				x			1
2		x		x			2
3		x		x		x	3
4				x			1
5		x		x			2
7				x			1
9				x			1
8					x		1
10		x		x			2
12		x		x		x	3
13		x		x			2
14		x		x			2
15		x	x	x			3
17				x			1
18				x			1
19				x			1
21				x			1
22		x		x			2
23				x			1
24		x					1
25				x			1
26		x		x			2
27				x			1
28				x			1
29				x			1
30				x			1
31				x			1
32		x		x			2
34		x		x			2
35				x			1
36				x			1
37				x			1
38				x			1
39		x		x			2
40				x		x	2
42				x			1
43		x		x			2
44		x		x		x	3
45				x			1
46				x			1
48		x		x		x	2
49		x		x			2
50	x			x			2
51		x		x			2
53				x			1
54		x		x		x	3
56		x		x			2
57		x		x		x	3
59				x			0
59							1
62		x					1
63		x		x			2
64		x		x			2
65				x			1
66				x			1
68		x		x			2
69				x			1
70				x			1
71				x			1
72				x			1
75				x			1
76		x		x		x	3
78				x			1
80		x		x			2
81		x		x	x		3
82				x			1
83		x		x			2
84		x		x			2
89		x		x			2
90	x	x		x			3
91				x			1
92				x			1
93				x			1
96		x		x			2
97				x			1
98		x		x			2
99				x			1
100		x		x			2
103				x			1
107				x			1
108	x			x		x	3
110				x			1
112		x		x			2
113				x			1
114	x			x		x	3
115		x		x			2
116				x			1
119				x			1
120				x			1
122				x	x		2
123				x			1
124				x			1
128				x			1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>88</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>144</b>

Nota: En la demora cuatro, se observa que el principal retraso se da principalmente por la inoportunidad en la realización citas, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS. El porcentaje de pacientes con este tipo de retrasos es del 79,27%. Esto probablemente asociado a falta

de recurso humano, infraestructura tecnología o limitación de turnos nocturnos. En segundo lugar, se encuentran las demoras por resultados de patología u otros exámenes con un porcentaje de 34,23%. Este resultado se da principalmente porque el recurso humano que realiza este proceso es limitado y no alcanza a procesar todas las muestras. Y en tercer lugar la falta de seguimiento por parte de la IPS con el 9% de demoras con respecto al total de población estudiada. En este caso tampoco existe el recurso humano para realizar este proceso de manera oportuna.

**Tabla 10.**

*Frecuencia de pacientes que presentaron las cuatro demoras. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023.*

<b>Paciente que presentaron las cuatro demoras</b>				
<b>Tipo de paciente</b>	<b>Demora uno: Reconocimiento del problema</b>	<b>Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción</b>	<b>Demora tres: Acceso a la atención / referencia</b>	<b>Demora cuatro: Calidad de la atención</b>
Incidente	15	0	1	116
Prevalentes	2	1	1	22
SD	0	0	0	6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>144</b>

Nota: A continuación, se presenta resumen de todas las demoras presentadas a los pacientes al momento del diagnóstico e inicio de tratamiento donde se visualiza que la principal demora está en la IPS de referencia con un porcentaje de 87,80% con respecto al total de demoras y tan solo un 10,36% de las demoras son relacionados directamente con el paciente. En este caso existe un subregistro ya que las demoras del paciente casi nunca son consignadas en historia clínica. El 1.8% de las demoras están relacionadas con demora 2 y 3 en oportunidad de decisión y de referencia. Estas demoras no son tan usuales ya que el acceso a los servicios de salud es relativamente fácil para los usuarios porque estos se encuentran en el área urbana. No se cuenta con pacientes de áreas dispersas del Departamento de Santander.

**4.3.** Comparar las demoras encontradas en los pacientes incidentes y prevalentes de cáncer en 2023.

**Tabla 11.**

*Demora de pacientes según pacientes incidentes y prevalentes. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023*

Grupo demora	Tipo de demoras	Categorías	Incidentes (n=85)		Prevalentes (n=17)		Total (n=102)		Valor p (exacto de Fisher)
			n	%	n	%	n	%	
<b>Demora uno: Reconocimiento del problema</b>	Adherencia al tratamiento	No	84	98,82	16	94,12	100	98,04	0,307
		Si	1	1,18	1	5,88	2	1,96	
	Abandono social	No	84	98,82	17	100	101	99,02	0,833
		Si	1	1,18	0	0	1	0,98	
	Paciente quien decide no continuo tratamiento	No	84	98,82	16	94,12	100	98,04	0,307
		Si	1	1,18	1	5,88	2	1,96	
	Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte del paciente	No	75	88,24	17	100	92	90,2	0,147
		Si	10	11,76	0	0	10	9,8	
Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares	No	83	97,65	17	100	100	98,04	0,693	
	Si	2	2,35	0	0	2	1,96		
<b>Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción</b>	Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica	No	85	100	16	94,12	101	99,02	0,167
		Si	0	0	1	5,88	1	0,98	
<b>Demora tres: Acceso a la atención / referencia</b>	Pandemia	No	84	98,82	16	94,12	100	98,04	0,307
		Si	1	1,18	1	5,88	2	1,96	
<b>Demora cuatro: Calidad de la atención</b>	Traslado EPS	No	83	97,65	15	88,24	98	96,08	0,128
		Si	2	2,35	2	11,76	4	3,92	
	<b>Resultados de patología u otros exámenes</b>	No	48	56,47	16	94,12	64	62,75	<b>0,002</b>
		Si	<b>37</b>	<b>43,53</b>	<b>1</b>	<b>5,88</b>	<b>38</b>	<b>37,25</b>	
	Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)	No	84	98,82	17	100	101	99,02	0,833
		Si	1	1,18	0	0	1	0,98	
	Realización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)	No	14	16,47	5	29,41	19	18,63	0,179
		Si	71	83,53	12	70,59	83	81,37	
	Demora en inicio de tratamiento	No	82	96,47	17	100	99	97,06	0,575
		Si	3	3,53	0	0	3	2,94	
Falta de seguimiento IPS	No	77	90,59	15	88,24	92	90,2	0,524	
	Si	8	9,41	2	11,76	10	9,8		

Nota: Se esperaría que los pacientes con mayores demoras fueran los pacientes prevalentes ya que estos vienen con diagnósticos y tratamientos de otras IPS, sin embargo, al revisar no se ven diferencias entre pacientes prevalentes e incidentes. Las demoras son iguales tanto en incidentes como en prevalentes. Sin embargo, se observa diferencias estadísticamente significativas en la demora de resultados de patología con un p de 0,002, es decir, si existe una relación entre esta demora y el diagnóstico e inicio de tratamiento. Para el resto de las demoras no se evidencia diferencias estadísticamente significativas.

**4.4.** Analizar las demoras en el diagnóstico e inicio de tratamiento por agrupación de cáncer

**Tabla 12.**

*Demoras según la clasificación por tipo de cáncer. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023*

Grupo demora	Tipo de demoras	Categorías	Sólidos (n=89)		Hematológico (n=11)		Total (n=100)		Valor p (exacto de Fisher)
			n	%	n	%	n	%	
Demora uno: Reconocimiento del problema	Adherencia al tratamiento	No	87	97,75	11	100	98	98	0,791
		Si	2	2,25	0	0	2	2	
	Abandono social	No	88	98,88	11	100	99	99	0,89
		Si	1	1,12	0	0	1	1	
	Paciente quien decide no continuo tratamiento	No	87	97,75	11	100	98	98	0,791
		Si	2	2,25	0	0	2	2	
	Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte del paciente	No	81	91,01	9	81,82	90	90	0,336
		Si	8	8,99	2	18,18	10	10	
Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares	No	87	97,75	11	100	98	98	0,791	
	Si	2	2,25	0	0	2	2		
Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción	Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica	No	89	100	10	90,91	99	99	0,11
		Si	0	0	1	9,09	1	1	
Demora tres: Acceso a la atención / referencia	Pandemia	No	87	97,75	11	100	98	98	0,791
		Si	2	2,25	0	0	2	2	
Demora cuatro: Calidad de la atención	Traslado EPS	No	85	95,51	11	100	96	96	0,623
		Si	4	4,49	0	0	4	4	
	Resultados de patología u otros exámenes	No	58	65,17	4	36,36	62	62	0,065
		Si	31	34,83	7	63,64	38	38	
	Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS	No	88	98,88	11	100	99	99	0,89
		Si	1	1,12	0	0	1	1	
	Realización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS	No	14	15,73	4	36,36	18	18	0,093
		Si	75	84,27	7	63,64	82	82	
	<b>Demora en inicio de tratamiento</b>	No	88	98,88	9	81,82	97	97	<b>0,031</b>
		<b>Si</b>	<b>1</b>	<b>1,12</b>	<b>2</b>	<b>18,18</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	
Falta de seguimiento IPS	No	80	89,89	10	90,91	90	90	0,698	
	Si	9	10,11	1	9,09	10	10		

Nota: Para este análisis se realizó análisis por las dos grandes clasificaciones de cáncer; sólidos y hematológicos, teniendo en cuenta que por cada uno de los cánceres no se encontró relación entre el tipo de cáncer y las demoras. Por ejemplo: existe relación entre el cáncer de mama y las demoras. Con el modelo no se encontró relación. Esto pudiera estar asociado al tamaño de la muestra por cada uno de los cánceres. Por eso se toma la decisión de realizar análisis por los dos grandes grupos.

En cuanto a las demoras según la clasificación por tipo de cáncer sólido o hematológico se evidencia que solo existe diferencias estadísticamente significativas en la demora de con un  $p=0,031$ . Para el resto de las demoras no se evidencia una relación entre demoras el diagnóstico y el inicio de tratamiento.

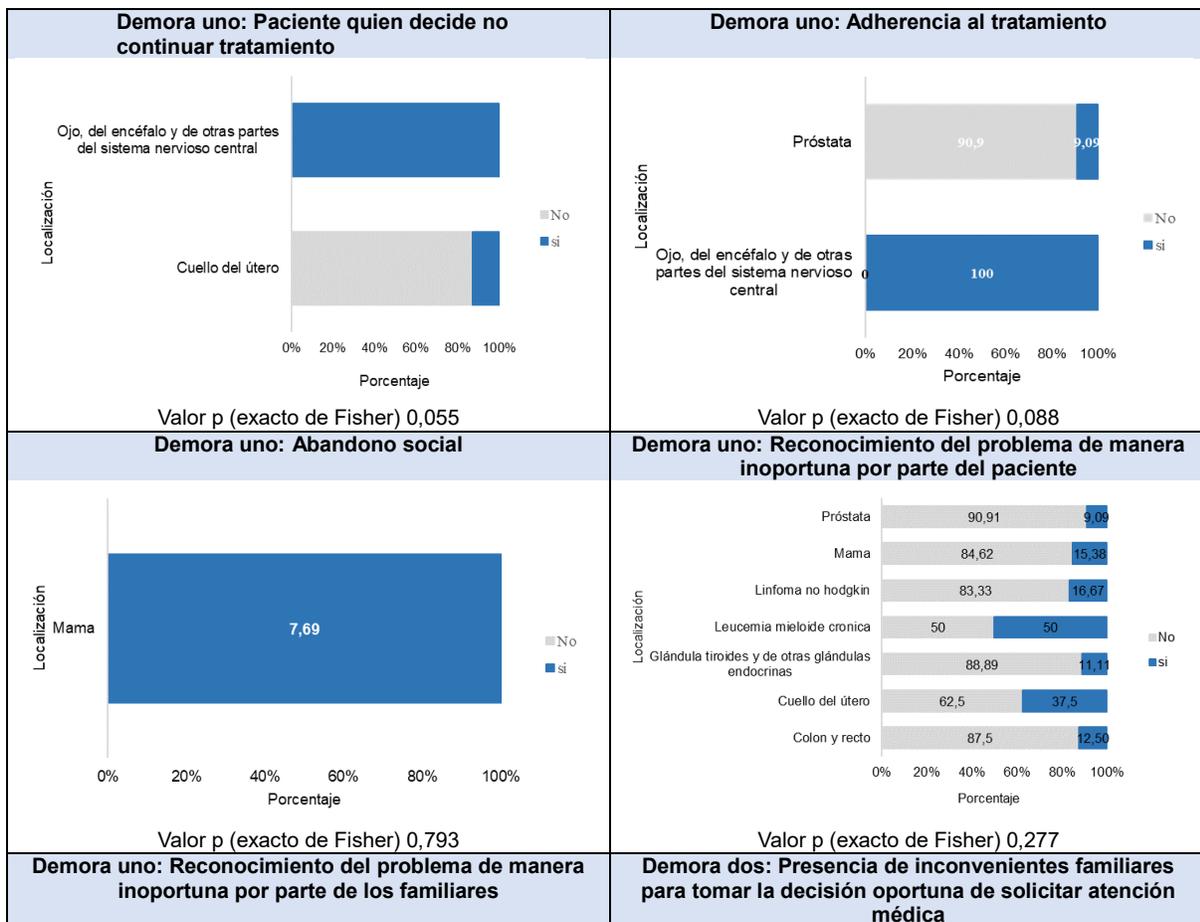
A pesar que para el resto de las variables no hay significancia estadística o no existe una relación entre variables es importante considerar las demoras en resultados de

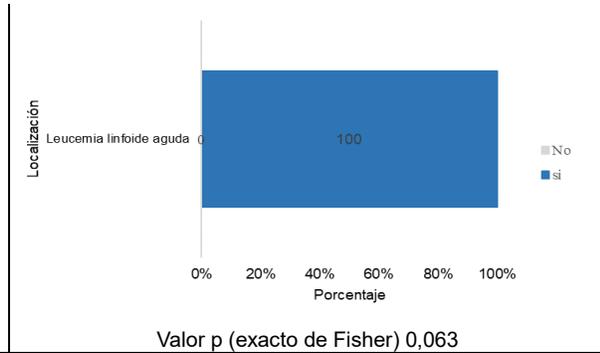
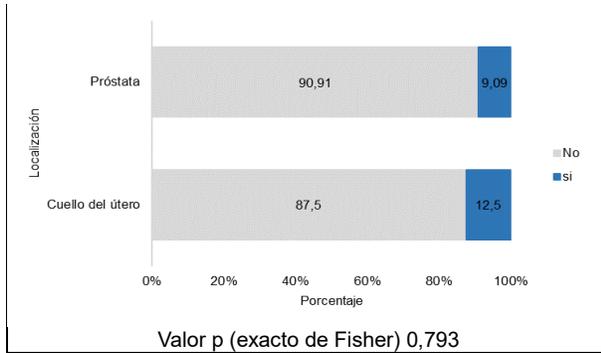
patología u otros exámenes ya que tienen un valor  $p=0,065$  y la realización de citas, procedimientos, laboratorios, etc con un valor  $p$  de  $0,093$  estas 2 demoras tienen un valor  $p$  muy cercano a  $0,05$ . Con estos resultados a futuro se podrían dentro del modelo como variables trazadoras si se aumenta el tamaño de la muestra.

A continuación, se corre modelo para cada una de las subcategorías de las demoras con la intención de encontrar de manera individual si existe o no una relación entre las demoras y el diagnóstico y el inicio de tratamiento en pacientes con cáncer.

**Figura 5.**

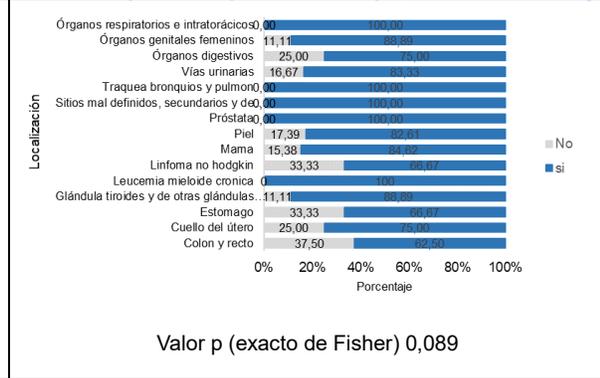
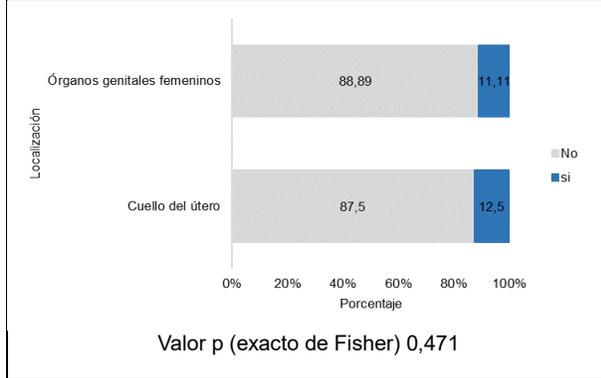
*Subcategoría de demora Adherencia al tratamiento. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023*





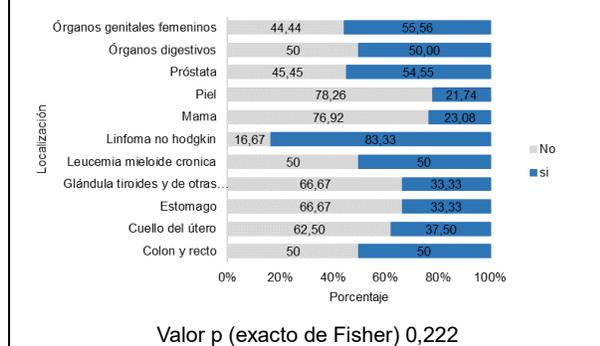
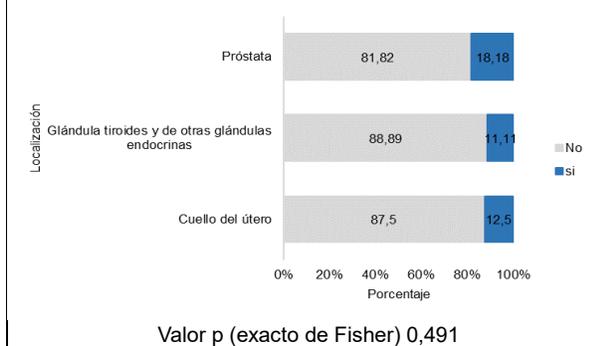
**Demora tres: Pandemia**

**Demora cuatro: Realización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)**



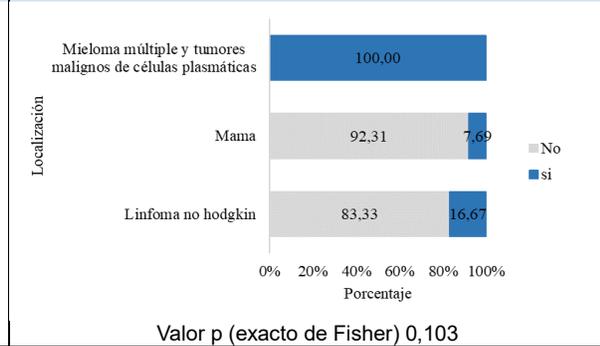
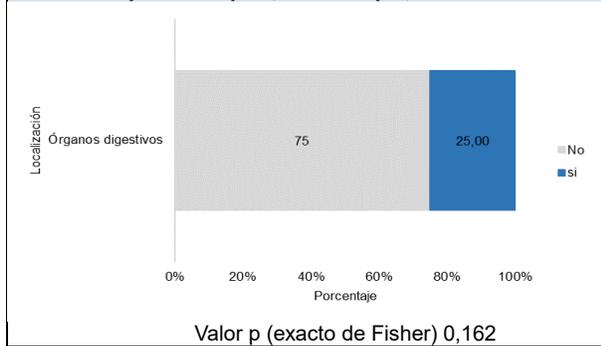
**Demora cuatro: traslado EPS**

**Demora cuatro: Resultados de patología u otros exámenes**

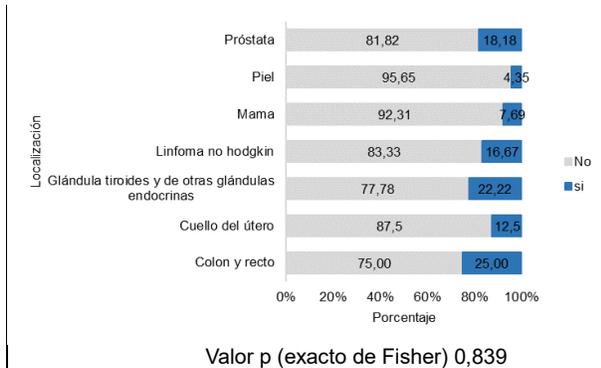


**Demora cuatro: Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)**

**Demora cuatro: Demora en inicio de tratamiento**



**Demora cuatro: Falta de seguimiento de la IPS**



En esta demora encontramos dos pacientes que no desean de manera voluntaria continuar con el tratamiento, una de ellas es una paciente con ca cuello del útero y el otro es un paciente con ca de ojo, encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central, este paciente en particular, ya tenía problemas con la demora adherencia al tratamiento. En este caso se encontró que el valor p es de 0,05, por lo que se concluye, que si existen diferencias estadísticamente significativas en la decisión de no continuar tratamiento e inicio de tratamiento del paciente con cáncer.

En la subcategoría adherencia al tratamiento solo dos pacientes presentaron este tipo de demora uno tenía cáncer de próstata y el otro paciente presentaba cáncer de Ojo del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central. No se evidencia para esta subcategoría diferencia estadísticamente significativa. Igualmente, ocurre con la demora de abandono social encontramos una paciente con ca de mama adulta mayor que llega por sus propios medios a servicios oncológicos, sin embargo, dada la edad es difícil para ella entender todos los procesos administrativos y clínicos que debe realizar para acceder a los servicios de salud de manera eficiente. En esta demora no se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Las demoras por parte del paciente en el reconocimiento del problema de manera inoportuna representan el 10% del total de todas de todas las demoras para esta categoría. Donde se evidencia porcentualmente que los pacientes con mayor grado de inoportunidad son las pacientes con ca cuello del útero, seguido por linfoma no hodgkin

y ca de mama. Para esta categoría tampoco se encontró diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a la demora de reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares tampoco se encontró diferencias estadísticamente significativas. Este tipo de cáncer llama la atención que son pacientes con cáncer de cuello uterino y próstata los diagnósticos más comunes, los que más información tienen y en los que se puede hacer detección temprana, sin embargo, a los familiares de los pacientes aún les cuesta reconocer signos y síntomas de alarma. Lo cual, refleja desigualdades sociales en la población.

Solo un paciente presento diagnóstico de Leucemia Linfoide aguda con una demora relaciona con inconvenientes familiares para la toma de decisión oportuna para solicitar atención médica. Este caso se trata de un menor de edad en el que adulto a cargo no solicita a tiempo los servicios médicos. Para este caso tampoco se encuentra diferencias estadísticamente significativas.

En la demora tres que es acceso a la atención para la subcategoría de referencia se encontró que 2 pacientes no acceden a los servicios de salud por la contingencia de la pandemia, esto se debe a la sensación de temor de contagiarse en ambientes hospitalarios. En este caso tampoco se encuentra diferencias estadísticamente significativas.

El 88% de los pacientes presentaron demoras en la realización de citas, procedimientos laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS. Sin embargo, al correr el modelo, se evidencia que no hay significancia estadística. Las principales demoras están en ca de tráquea, bronquios y pulmón, sitios mal definidos y leucemia mieloide crónica. Estos pacientes según el tipo de cáncer todos presentaron

demoras, pero son entre 1 y 2 demoras, sin embargo, para el ca de próstata eran 11 pacientes y el 100% presento demoras en la realización, citas, procedimientos, etc. A pesar del porcentaje de demoras no se evidencias diferencias estadísticamente significativas.

Los pacientes que presentaron demoras por traslados de EPS los más afectados porcentualmente fueron los pacientes con diagnóstico de próstata con un 18% del total de demoras por esta categoría, seguidos por pacientes con ca de cuello uterino y por último ca de tiroides. Estas demoras están relacionadas más que nada a trámites administrativos.

Para las demoras en calidad de la atención resultados de patología u otros exámenes se evidencia que un 34% de los pacientes presentaron demoras relacionas con la calidad en la atención, específicamente para resultados de patología. En los que porcentualmente los más afectados son los pacientes de linfoma no hodgkin, seguido por ca órganos genitales femeninos y en tercer lugar ca de próstata. En esta demora no se encontró significancia estadística.

En cuanto a las demoras por autorizaciones solo el 25% de los pacientes de ca de órganos digestivos presentaron demoras por la no autorización de servicios de salud. Para ambas categorías no existe diferencias estadísticamente significativas. Para la demora de inicio y falta de seguimiento por parte de la IPS tampoco se encontró diferencias estadísticamente diferente

**Tabla 13.**

*Clasificar las demoras respecto a la Estadificación del cáncer de los participantes. Área metropolitana de Bucaramanga, 2023*

Grupo demora	Tipo de demoras	Categorías	In situ		1		2		3		4		Bajo Riesgo		Basoceleular		No dato		Bajo Riesgo		Total		Valor p (exacto de Fisher)	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Demora uno: Reconocimiento del problema	Adherencia al tratamiento	No	7	100	15	100	11	91,67	17	100	12	100	1	100	16	100	29	96,67	1	100	109	98,2	0,693	
		Si	0	0	0	0	1	8,33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,33	0	0	2	1,8		
	Abandono social	No	7	100	15	100	12	100	16	94,12	12	100	1	100	16	100	30	100	1	100	110	99,1	0,73	
		Si	0	0	0	0	0	0	1	5,88	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9		
	Demora uno: Reconocimiento del problema	Paciente quien decide no continua tratamiento	No	7	100	15	100	12	100	16	94,12	12	100	1	100	16	100	29	96,67	1	100	109	98,2	0,923
			Si	0	0	0	0	0	0	1	5,88	0	0	0	0	0	0	1	3,33	0	0	2	1,8	
Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte del paciente		No	7	100	13	86,67	11	91,67	14	82,35	11	91,67	1	100	16	100	27	90	1	100	101	90,99	0,764	
		Si	0	0	2	13,33	1	8,33	3	17,65	1	8,33	0	0	0	0	0	0	0	0	10	9,01		
Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares		No	7	100	15	100	12	100	16	94,12	12	100	1	100	16	100	29	96,67	1	100	109	98,2	0,923	
		Si	0	0	0	0	0	0	1	5,88	0	0	0	0	0	0	1	3,33	0	0	2	1,8		
Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción	Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica	No	7	100	15	100	12	100	17	100	12	100	1	100	16	100	30	100	0	0	110	99,1	0,018	
		Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	0	1	100	1		0,9
Demora tres: Acceso a la atención / referencia	Pandemia	No	7	100	13	86,67	12	100	17	100	12	100	1	100	16	100	30	100	1	100	109	98,2	0,123	
		Si	0	0	2	13,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,8		
Demora cuatro: Calidad de la atención	Traslado EPS	No	7	100	13	86,67	12	100	17	100	12	100	1	100	16	100	28	93,33	1	100	107	96,4	0,501	
		Si	0	0	2	13,33	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	6,67	0	0	4	3,6		
	Resultados de patologia u otros exámenes	No	4	57,14	8	53,33	7	58,33	9	52,94	7	58,33	0	0	13	81,25	24	80	1	100	73	65,77	0,223	
		Si	3	42,86	7	46,67	5	41,67	8	47,06	5	41,67	1	100	3	18,75	6	20	0	0	38	34,23		
	Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS	No	7	100	15	100	12	100	17	100	11	91,67	1	100	16	100	30	100	1	100	110	99,1	0,297	
		Si	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8,33	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,9		
	Realización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS	No	3	42,86	2	13,33	3	25	2	11,76	1	8,33	0	0	1	6,25	10	33,33	1	100	23	20,72	0,09	
		Si	4	57,14	13	86,67	9	75	15	88,24	11	91,67	1	100	15	93,75	20	66,67	0	0	88	79,28		
	Demora en inicio de tratamiento	No	7	100	15	100	12	100	17	100	12	100	1	100	16	100	27	90	1	100	108	97,3	0,402	
		Si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10	0	0	3	2,7			
Falta de seguimiento IPS	No	7	100	13	86,67	11	91,67	14	82,35	11	91,67	1	100	15	93,75	28	93,33	1	100	101	90,99	0,904		
	Si	0	0	2	13,33	1	8,33	3	17,65	1	8,33	0	0	1	6,25	2	6,67	0	0	10	9,01			

Nota: Al comparar las demoras con respecto a la Estadificación clínica del paciente se observa que en la demora dos oportunidades de decisión y de la acción se encontró diferencias estadísticamente significativas, ya que el valor p es de 0,018, es decir, que existe una relación directa entre la decisión oportuna y el estado inicial del paciente al momento del diagnóstico y el inicio de tratamiento del paciente.

Se evidencia que en la demora cuatro en la realización de procedimientos, laboratorio, radiología, etc. Se encontró que el p es de 0,09 a pesar de que no hay significancia estadística, es importante tenerla en cuenta como variable dentro del análisis ya si se amplia el tamaño de la muestra el p podría ser estadísticamente significativo para el estudio. Para el resto de las demoras no se encontró ningún hallazgo.

## **4.5 Discusión y conclusiones**

### **4.5.1 Discusión**

El presente estudio mostró demoras comparables con el libro del fondo colombiano de enfermedades de alto costo en donde las barreras administrativas representan el mayor porcentaje de demora en la gestión de citas, procedimientos y toma de métodos diagnósticos, aunque en los dos estudios se identifican retrasos asociados a factores individuales del paciente, las demoras más importantes se atribuyen a la capacidad de la IPS para ejecutar toda la atención debida y de manera óptima.

Por otro lado, en el aspecto clínico, el 30% de los pacientes están ingresando en estadios tempranos mientras que el 26% de los pacientes ingresan en estadios tardíos, lo que significa un mal pronóstico para los pacientes y aumento del gasto de las IPS, EAPB y el sistema sanitario en general. De igual manera, estos pacientes que ingresan en estadios tardíos, se ven afectado en su dinámica social, económica y familiar al igual que su la calidad de vida y en algunos casos el gasto bolsillo para estos pacientes se incrementa sustancialmente.

Se encontró que los pacientes con cáncer de tráquea, bronquio y pulmón y estomago entran en estadios tardíos. Esto probablemente porque son pacientes multiconsultantes del primer nivel de complejidad. Según lo reportado por (Lyrtzopoulos et al., 2014). Se evidencia que entre el 30% y el 50% de los pacientes diagnosticados posteriormente con mieloma múltiple o cáncer de páncreas, estómago o pulmón tienen múltiples consultas, en comparación con <10% de los pacientes diagnosticados posteriormente con cáncer de mama o melanoma. En Colombia un estudio realizado para las Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, encontró que cerca de un tercio de las mujeres manifestó que fueron necesarias dos o más consultas por los síntomas iniciales, lo que podría estar relacionado con el desconocimiento del médico que tiene el primer contacto con la paciente, como se estableció en Canadá. En Estados Unidos, la causa más frecuentemente aducida en los

litigios por demoras en cáncer de mama es que la anamnesis o los hallazgos iniciales al examen no eran significativos para los médicos. En nuestro medio, prácticamente ninguna escuela de medicina tiene cátedra de cáncer, a lo que se suman tasas de prevalencia intermedia para cáncer de mama, factores que hacen más difícil que un médico general, puerta de entrada al sistema, sospeche este diagnóstico y sepa cómo orientarlo adecuadamente. (Piñeros et al., 2011).

En cuanto a los 4 tipos de demoras la que más se presentó y afectó al paciente fue la demora cuatro: calidad de la atención, con el 88% del total de las demoras, seguido de la demora uno: reconocimiento del problema con un 10,36%, en tercer lugar, están las demoras tres: acceso a la atención/referencia con el 1,21% de demoras y en cuarto lugar están las demoras dos: oportunidad de la decisión y de la acción con el 0,60% de las demoras con respecto al total. Es decir, las demoras que tienen afectación en cuanto a frecuencia para el paciente son las asociadas a demoras ocasionadas directamente por el paciente y las que son generadas por las IPS en el proceso de atención en salud. En las demoras uno, dos y cuatro se encontraron diferencias estadísticamente significativas en por lo menos una subcategoría excepto en la demora número tres.

Al realizar la prueba exacta de Fisher se encontró diferencias estadísticamente significativas en la demora cuatro en las subcategorías **resultados de patología u otros exámenes** e **inicio de tratamiento**. Los pacientes incidentes que presentaron demoras fueron 43,53% y los pacientes prevalentes fue de 5,88% de las demoras, con un valor  $p=0,002$ . Por tipo de cáncer sólidos o hematológicos se encontró diferencias estadísticamente significativas en **inicio de tratamiento** con un porcentaje de pacientes que si tenían demoras de 1,12% para sólidos y 18,18% para hematológicos con un valor  $p=0,031$ . En cuanto a la demora uno: **paciente que decide no continuar el tratamiento**, el porcentaje de pacientes que decide no continuar con el tratamiento es de 1,80% con un valor  $p=0,05$  siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Evitar las demoras en el diagnóstico y el inicio de tratamiento puede salvar vidas y mejorar la supervivencia de los pacientes.

Estos resultados son similares a los encontrados en la revisión sistemática Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer (Graboyesg, et al., 2018). En esta revisión se encontró que las principales razones del retraso se han atribuido a factores del paciente (p. ej., no reconocer que los síntomas se deben al cáncer) y factores profesionales (p. ej., programar imágenes o pruebas adicionales). Los problemas relacionados con la DTI prolongada parecen más pronunciados en los centros médicos académicos en los que los pacientes a menudo reciben un diagnóstico antes de la derivación y la transición de la atención al centro académico.

Igualmente se encontró en el estudio que la demora dos: ***Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica*** con respecto a la estadificación del paciente al momento del diagnóstico un valor  $p=0,018$  siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Estos hallazgos son consistentes con lo encontrados revisión sistemática y metaanálisis de mortalidad por retraso en el tratamiento de cáncer (Hanna, et al., 2020) El retraso en el tratamiento del cáncer es un problema en los sistemas de salud a nivel mundial. Incluso un retraso de cuatro semanas en el tratamiento del cáncer se asocia con una mayor mortalidad en las indicaciones de tratamiento quirúrgico, sistémico y radioterapia para siete tipos de cáncer. Las políticas centradas en minimizar los retrasos a nivel del sistema en el inicio del tratamiento del cáncer podrían mejorar los resultados de supervivencia a nivel de la población.

#### 4.5.2 Conclusiones

El porcentaje de casos incidentes corresponde al 74,77%, y el 14,41% a casos prevalentes mientras que el 10,81% restante son pacientes que no se alcanzaron a clasificar por falta de patología. La mayoría de población con diagnóstico de cáncer son personas mayores de 45 años de edad con una media de edad al momento del diagnóstico de 61 años. Según la literatura, el sexo femenino tiene un mayor riesgo de enfermar por esta enfermedad, situación que se ve reflejada en este estudio donde el mayor porcentaje de diagnóstico, lo tienen las mujeres con el 65% de incidencia. El cáncer con mayor frecuencia es el cáncer de colon y recto, seguido por cuello y útero y en tercer lugar cáncer de estómago.

A pesar de que existen en Colombia las rutas de atención y tamizajes para la detección temprana de cáncer, aun se debe fortalecer el programa de gestión de riesgo, promoción y mantenimiento de la salud, ya que se evidencia que existen falencias a nivel administrativo en la atención integral del paciente con respecto a la gestión del riesgo. La capacidad instalada no responde la demanda de todos estudios diagnósticos y de extensión de la IPS, posiblemente porque no existe personal idóneo, recursos tecnológicos o falta de direccionamiento estratégico. Es importante, seguir educando desde las instituciones de salud y los entes territoriales de salud sobre los signos y síntomas del cáncer y como prevenirlo, ya que es una enfermedad que tiende al aumento por estilos de vida poco saludables, factores genéticos y ambientales que fomentan el aumento de la enfermedad y de esta manera los pacientes pueden reconocer y acudir de manera precoz y oportuna a los servicios de salud.

En este estudio se encontró que uno de los limitantes es que es insuficiente para determinar el impacto real de las demoras sobre el diagnóstico e inicio de tratamiento en el paciente, sin embargo, es útil para la institución porque permite visibilizar donde están los principales inconvenientes con el paciente al momento del diagnóstico como mecanismo para intervenir y organizar los servicios, recurso humano y tecnológico que

permita minimizar las demoras. Otra limitante del estudio es que el tamaño de la muestra es demasiado pequeño.

Una de las recomendaciones de este estudio es mejorar los tiempos específicamente la puntualidad de la prestación de los servicios de salud en los diferentes momentos del paciente desde la sospecha, la consulta, derivación, el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento inicial. Mejorar los tiempos de oportunidad permite tener resultados de la calidad de atención oncológica.

## Referencias

- Bonila Sepulveda, Ó. A. (2023). Retrasos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en Medellín, Colombia. *Scielo*, 4. Obtenido de <https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.8114>
- Bray, F., Laversanne, M., Weiderpass, E., & Soerjomataram, I. (04 de 06 de 2021). The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>
- Cuenta de Alto Costo. (s.f.). Obtenido de <https://cuentadealtocosto.org/>
- Jung, H., Lee, J., Lairson, D., & kim, y. (s.f.). The Effect of National Cancer Screening on Disparity Reduction in Cancer Stage at Diagnosis by Income Level. *Plos One*. Obtenido de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136036>
- Koo , M. M., William , H., Walter , F. M., Rubin, G. P., & Lyratzopoulos , G. (2018). Symptom Signatures and Diagnostic Timeliness in Cancer Patients: A Review of Current Evidence. *Elsevier*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.neo.2017.11.005>
- Lyratzopoulos, G., Wardle, J., & Rubin, G. (2014). Rethinking diagnostic delay in cancer: how difficult is the diagnosis? *The BMJ*. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.g7400>
- Ministerio de la Protección Social. (s.f.). Decreto 1011 de 2006. 3.
- Ministerio de Salud , y. S., & Cuenta de , A. C. (2012). *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020*.
- Ministerio de Salud y Protección, S. C. (2016). *Bolentin Servicios Oncologicos de Colombia*.
- Ministro de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3339 de 2019.

- MSPS. (19 de 07 de 2023). Obtenido de  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>
- Reyes Armas, I., & Villa, A. (s.f.). Morbilidad materna extrema en el hospital nacional docente madre - niño san bartolomé, Lima 2007-2009. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Obtenido de versión On-line ISSN 2304-5132
- Richards, M. A., Westcomb, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., & Ramirez, A. J. (s.f.). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*. doi:10.1016/s0140-6736(99)02143-1
- Richards, M., Westcombe, A., SB , L., Littlejohns, P., & Ramírez, A. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet Journal*. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)02143-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)02143-1)
- Vázquez , M. L., Vargas, I., Rubio Valera, M., Aznar Lou, I., Eguiguren, P., Mogollón Perez, A. S., . . . For EquityCancer, L. (2022). Improving equity in access to early diagnosis of cancer in different healthcare systems of Latin America: protocol for the EquityCancer-LA implementation-effectiveness hybrid study. *bmj* . doi:10.1136/bmjopen-2022-067439
- J.Motphol (2014). Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Obtenido de:  
[https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022014000200042](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042)
- Función Pública, Ley 1438 de 2011, obtenido de:  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- Función pública, Ley 100 de 1993, obtenido de:  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Ministerio de la protección social, Decreto 1011 de 2006, obtenido de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

Organización mundial de la salud, Cáncer (2022), obtenido de: Cáncer (who.int)

Instituto Nacional del Cáncer, ¿Qué es el Cáncer? (2021), Obtenido de:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>

Graboyes, E. M., Kompelli, A. R., Neskey, D. M., Brennan, E., Nguyen, S., Sterba, K. R., Warren, G. W., Hughes-Halbert, C., Nussenbaum, B., & Day, T. A. (2019). Association of Treatment Delays With Survival for Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, 145(2), 166–177. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2716>

Hanna, T. P., King, W. D., Thibodeau, S., Jalink, M., Paulin, G. A., Harvey-Jones, E., O'Sullivan, D. E., Booth, C. M., Sullivan, R., & Aggarwal, A. (2020). Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, m4087. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>

Piñeros, M, Sánchez, R, Perry, F, García, O, Ocampo, R y Cendales, R. (2011). Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Instituto Nacional de Salud Pública.

## ANEXOS

### Anexo 1.

Formatos en el que se le realiza seguimiento de los pacientes.

Record ID	189
DATOS BASICOS DE LOS PACIENTES	
Nombres y apellidos del paciente	<input type="text"/>
Número de documento	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text"/> D-M-Y
Edad al momento de diagnóstico	<input type="text"/>
Grupo etario	Primera Infancia
Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Fecha de afiliación a EAPB	<input type="text"/> D-M-Y
Nivel de escolaridad	<input type="text"/>
EAPB	<input type="text"/>
Regimen de aseguramiento	<input type="text"/>
El paciente es:	<input type="radio"/> Incidente <input type="radio"/> Prevalente <input type="radio"/> Descartado
Clasificación de la patología maligna	<input type="radio"/> Tumores solidos <input type="radio"/> Hematológicos
Fecha de diagnóstico	<input type="text"/> D-M-Y
Fecha de inicio de tratamiento	<input type="text"/>
D-M-Y	
En caso de no contar con el mes y día usar: mes: 06; día: 15	Oportunidad entre diagnóstico e inicio de tratamiento
Cuando no hay disponibilidad de AAAA-MM-DD usar: 1800-01-01: "Desconocido"	<input type="text"/>
Tipo de tratamiento	<input type="text"/>
CONSULTAS	

1/4

<b>Tipo de consulta</b>	<input type="text"/>
<b>Especialidad</b>	<input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Cirugía de Cabeza y Cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía de la mama y Tumores de tejidos blandos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Cirugía General <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía Hepato Pancreato Biliar y trasplante <input type="checkbox"/> Cirugía Oncologica <input type="checkbox"/> Coloproctología <input type="checkbox"/> Dermatología <input type="checkbox"/> Dermatología Oncologica <input type="checkbox"/> Dolor Y Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Ginecología Oncologica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hematología <input type="checkbox"/> Hematología y oncología clínica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hematología y oncología pediátrica <input type="checkbox"/> Mastología <input type="checkbox"/> Medicina Familiar <input type="checkbox"/> Medicina interna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicina nuclear <input type="checkbox"/> Neumología <input type="checkbox"/> Oncología Clínica <input type="checkbox"/> Oncología Pediátrica <input type="checkbox"/> Ortopedia Oncológica <input type="checkbox"/> Radiología <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urología Oncológica <input type="checkbox"/> Cardiología <input type="checkbox"/> Cirugía de torax <input type="checkbox"/> Cirugía plastica <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infectología <input type="checkbox"/> Nefrología <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oftalmología <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otorrinolaringología <input type="checkbox"/> Psiquiatría <input type="checkbox"/> Otro

## ESTUDIOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS AL PACIENTE

<b>El paciente tiene estudios diagnósticos intra institucionales</b>	<b>Estudios diagnósticos intra institucionales</b>
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<b>Tiene ordenamiento de biopsia</b>	<b>Al paciente se le realizaron estudios complementarios de biopsia inmunohistoquímica</b>
<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

## ANALISIS DE DEMORAS

<b>Demora uno: Reconocimiento del problema</b>
<input type="checkbox"/> Adherencia al tratamiento <input type="checkbox"/> Disfunción familiar <input type="checkbox"/> Abandono social <input type="checkbox"/> Paciente quien decide no continua tratamiento <input type="checkbox"/> Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte del paciente <input type="checkbox"/> Reconocimiento del problema de manera inoportuna por parte de los familiares

- No reconoció los signos y síntomas de alarma
- No tiene conocimiento de derechos y deberes en salud

**Demora dos: Oportunidad de la decisión y de la acción**

- Presencia de inconvenientes familiares para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica
- Presencia de inconvenientes culturales para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica
- Inconvenientes económicos para tomar la decisión oportuna de solicitar atención médica
- Experiencias negativas en los servicios de salud demoran la decisión de solicitar atención

**Demora tres: Acceso a la atención / referencia y contra referencia**

- Pandemia
- Inaccesibilidad geográfica
- Inaccesibilidad por orden público
- Falta de estructura vial
- Falta de estructura de comunicaciones
- Factores económicos que dificultan el traslado
- Falta de acceso a la atención en salud debido a que se solicitó el pago por algún servicio
- Remisión inoportuna

**Demora cuatro: Calidad de la atención**

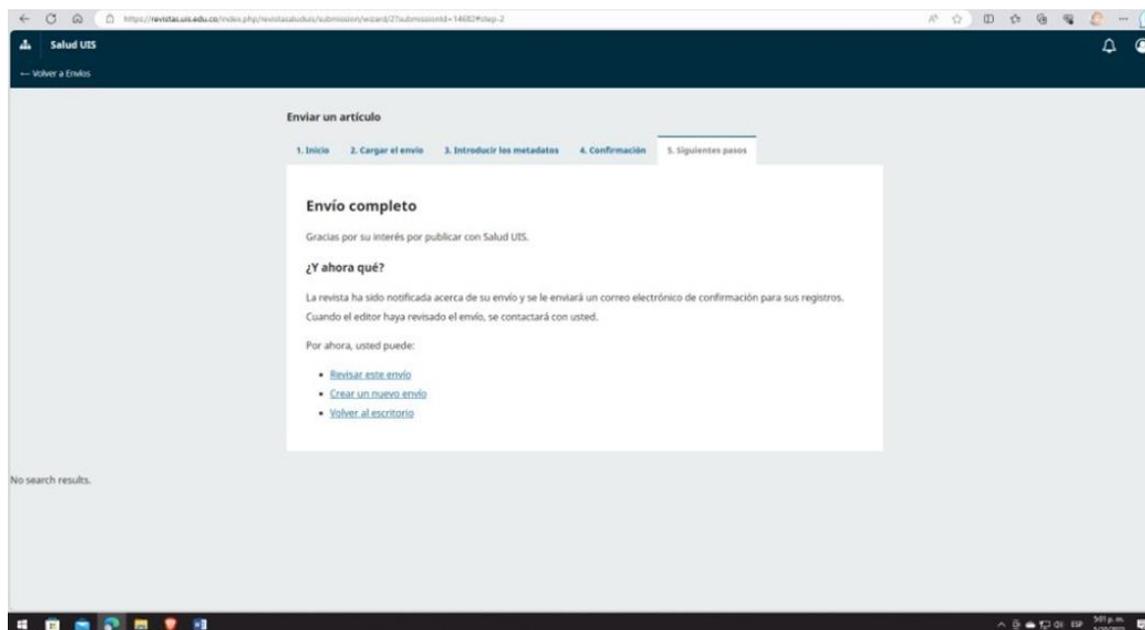
- Traslado EPS
- Resultados de patología u otros exámenes
- Autorización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)
- Realización (cita, procedimientos, laboratorio, radiología, medicamentos, insumos, quimioterapias, radioterapia, No PBS)
- Demora en inicio de tratamiento
- Desabastecimiento medicamento
- Falta de seguimiento IPS
- Programas de prevención de la enfermedad eficiente
- Adecuado diagnóstico
- Subestimación de la gravedad del paciente
- Demora en solicitud de paraclínicos para diagnóstico específico
- Dosis, vías o indicaciones incorrectas de los medicamentos
- Cese injustificado del tratamiento

**Otras condiciones del paciente que limita atención efectiva y oportuna en salud**

- Covid
- Condición clínica (algo adicional a su patología)
- Complicación (inherente a su patología)
- Infecciones nosocomiales
- Falla Terapéutica

**Observaciones**

## EVIDENCIA SOMETIMIENTO A REVISTA ACADEMICA



LEIDY MARCELA RINCON RAMIREZ:

Gracias por enviar el manuscrito "EVALUAR LAS DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO E INICIO DE TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CÁNCER ATENDIDOS EN UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD – EAPB DEL AREA METROPOLITAN" a Salud UIS. Con nuestro sistema de gestión de revistas en línea, podrá iniciar sesión en el sitio web de la revista y hacer un seguimiento de su progreso a través del proceso editorial.

URL del manuscrito:

<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/authorDashboard/submission/14682>

Nombre de usuario/a: lmrincon

En caso de dudas, contacte conmigo. Gracias por elegir esta revista para publicar su trabajo.

Álvaro Javier Idrovo Velandia

REVISTA SALUD UIS

Email: [saluduis1@uis.edu.co](mailto:saluduis1@uis.edu.co); [rev.saluduis@gmail.com](mailto:rev.saluduis@gmail.com)