

**SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, SEGÚN EL
REPORTE DE LAS PQRSD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD
– SAC DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DISTRITAL DE CALI
DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID 19 ENTRE LOS AÑOS 2019, 2020 Y
2021.**



HAIBERTH GIOVANNI MUÑOZ ALZATE, MD
COD. 201803727

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2023

**SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA, SEGÚN EL
REPORTE DE LAS PQRS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD
– SAC DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DISTRITAL DE CALI
DURANTE LA EMERGENCIA POR COVID 19 ENTRE LOS AÑOS 2019, 2020 Y
2021.**

HAIBERTH GIOVANNI MUÑOZ ALZATE, MD
COD. 201803727

Proyecto de investigación
Presentado como requisito para optar el título de Magíster en Administración en
Salud.

DIRECTORA:
MARIA FERNANDA TOBAR BLANDÓN

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2023

Nota de Aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Agradecimiento

Especial reconocimiento merece mi asesora de tesis la Dra. María Fernanda Tobar Blandón, por la orientación y su dedicación durante el desarrollo de este proyecto, por su apoyo y amistad que me permitieron aprender mucho más que lo estudiado, me enseñó que la vida no es un problema a resolver, sino una realidad a experimentar (*Filosofo Sora Kierkegaard*).

Mi sincero agradecimiento a mis docentes de maestría, que me enseñaron tanto de la profesión como de la vida, impulsándome siempre a seguir adelante.

Al personal administrativo de la Maestría en Administración de Salud de la universidad, quienes, con su carisma, amor y empatía, lograron que siempre pudiera alcanzar lo propuesto, mi total admiración.

Reconocer a la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, su comité de investigación y ética, por su apoyo y direccionamiento, fundamentales para lograr la finalización de la tesis.

Reconocer al Servicio de Atención a la Comunidad - SAC por su ayuda y colaboración, logrando el material necesario para la elaboración de esta tesis.

Resulta importante reconocer a John Jairo Medina, estadístico experto sobre metodología cuantitativa y cualitativa, gracias por tus consejos, e indicarme el camino a seguir durante el desarrollo de esta tesis.

A mis compañeros de estudio en la maestría por su ánimo y apoyo, me permitieron avanzar en el aprendizaje constante, fomentaron mi crecimiento personal y profesional.

A mis amigos de maestría, Juan Carlos Martínez y Héctor Fabio Esquivel, con su compañerismo, consejos brindados y disposición, me ayudaron a superar obstáculos durante estos tres años.

A mis amigos Marcela Melo y Francisco Escobar, gracias por su paciencia y apoyo, brindándome siempre el empujón para alcanzar mis metas.

A todos aquellos que durante este tiempo han ayudado a que esta tesis sea hoy una realidad.

Gracias a todos.

Dedicatorias

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios, quien me ha guiado durante este tiempo, regalándome una vida llena de alegrías y aprendizajes, permitiéndome vivir una muy grata experiencia en mi etapa universitaria.

A mis padres, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, soy hoy un ejemplo de esfuerzo y resiliencia, de no temer a las adversidades y luchar por mis metas.

A mi hermano, por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias.

A mi novia, que siempre me dio ánimo, me regalo en todo momento una palabra de motivación y apoyo. Gracias por tu tiempo, tus consejos y tu apoyo incondicional.

A mis amigos, que siempre estuvieron a mi lado para ayudarme, escucharme, aconsejarme y en muchas ocasiones guiarme.

A todas las personas que me acompañaron durante este proceso, sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma siempre harán parte en todos mis sueños y metas.

La vida sólo puede ser comprendida mirando hacia atrás, pero ha de ser vivida mirando hacia adelante (*Filosofo Sora Kierkegaard*).

CONTENIDO

RESUMEN	9
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2 ESTADO DEL ARTE	17
3 MARCO CONCEPTUAL	22
3.1 TERMINOLOGÍA MÉDICA	22
3.2 TÉRMINOS DE LA ATENCIÓN EN EL CÁNCER DE MAMA	25
3.3 TERMINOLOGÍA ADMINISTRATIVA	27
3.4 EL CÁNCER DE MAMA, EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y ENFERMEDAD DE ALTO COSTO	29
3.5 MARCO NORMATIVO PARA EL ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA	31
4 MARCO TEÓRICO	35
4.1 MODELOS TEÓRICOS EN SALUD Y EN ADMINISTRACIÓN	35
5 OBJETIVOS	42
5.1 OBJETIVO GENERAL	42
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
6 METODOLOGÍA	43
6.1 TIPO DE ESTUDIO	43
6.2 ÁREA DE ESTUDIO, ÁMBITO Y POBLACIÓN OBJETIVO	43
6.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	44
6.3.1 <i>Criterios de inclusión</i>	44
6.3.2 <i>Criterios de Exclusión</i>	44
6.4 VARIABLES	45
6.5 ANÁLISIS DE DATOS	50
7 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	53

8	RESULTADOS	55
8.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN	
	OBJETO DE ESTUDIO	55
8.2	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DEL USUARIO Y VARIABLES EXTERNAS, ANÁLISIS DE CAUSAS QUE AFECTAN LAS VARIABLES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN	
	OBJETO DE ESTUDIO	65
8.3	IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DE CALIDAD AFECTADAS DURANTE LA ATENCIÓN DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA DURANTE EL COVID-19 ACORDE AL MODELO ONCOLÓGICO Y MARCO NORMATIVO	72
	8.3.1 <i>Oportunidad entre la apertura del caso y el cierre del caso</i>	77
9	DISCUSIÓN	79
10	CONCLUSIONES	83
11	RECOMENDACIONES	85
12	BIBLIOGRAFÍA	86

Lista de tablas

TABLA 1. <i>CLASIFICACIÓN BI-RADS</i>	23
TABLA 2. <i>CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</i>	46
TABLA 3. <i>VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y EL PERIODO ANTES/DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2</i>	57
TABLA 4. <i>VARIABLES EXTERNAS SOLICITANTE, CANAL RECEPCIÓN, TRATAMIENTO CÁNCER, SUBGRUPO, ESPECIFICIDAD, EN EL PERIODO ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA</i>	62
TABLA 5. <i>VARIABLES EXTERNAS Y DEPENDIENTE, EN EL PERIODO ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2</i>	64
TABLA 6. <i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CALIFICACIÓN DE MOTIVO</i>	66
TABLA 7. <i>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ATRIBUTO DE CALIDAD</i>	69
TABLA 8. <i>CALIDAD Y CALIFICACIÓN DEL MOTIVO, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA</i>	71
TABLA 9. <i>VARIABLES TRATAMIENTO CÁNCER, SUBGRUPO Y ATRIBUTO DE CALIDAD</i>	74
TABLA 10. <i>ATRIBUTO DE CALIDAD Y CALIFICACIÓN DEL MOTIVO ANTES DE LA PANDEMIA</i>	75
TABLA 11. <i>ATRIBUTO DE CALIDAD Y CALIFICACIÓN DEL MOTIVO DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2</i>	76
TABLA 12. <i>ATRIBUTO DE CALIDAD Y CALIFICACIÓN DEL MOTIVO, ANTES Y DESPUÉS LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2</i>	77

Lista de Figuras

FIGURA 1. COMPONENTES DEL MODELO PARA EL CONTROL DEL CÁNCER.	36
FIGURA 2. COMPONENTES DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER.	37
FIGURA 3. BASES TEÓRICAS PARA LA ATENCIÓN EN CÁNCER EN RELACIÓN CON IMPLEMENTACIÓN DE MARCO NORMATIVO DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2	40
FIGURA 4. CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS ACORDE A SU EDAD, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2	60
FIGURA 5. DESCRIPCIÓN CALIFICACIÓN DEL MOTIVO, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA	67
FIGURA 6. DESCRIPCIÓN ATRIBUTOS DE CALIDAD ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2	72
FIGURA 7. OPORTUNIDAD ENTRE LA APERTURA Y CIERRE DEL CASO, ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2.	78

RESUMEN

Introducción: La entidad Territorial, debe dar cumplimiento a la resolución 054 de 2017, en lo concerniente al trámite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) que los ciudadanos presenten ante la entidad, con el fin de vigilar y garantizar el acceso al sistema de salud, en especial de las poblaciones vulnerables; como es el caso de los pacientes con cáncer, que son parte de la población priorizada por el ministerio de salud, en el marco del derecho fundamental a la salud definido por la ley 1751 de 2015, que determina la necesidad de garantizar el acceso efectivo y con calidad desde la sospecha del diagnóstico, el cuidado paliativo al final de la vida. Con la declaración mundial de la pandemia por el SARS-CoV-2 en marzo 2020, el ministerio de salud reglamentó la resolución 521 de 2020, la cual adoptó el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio, con especial énfasis en población con 70 años o más o con condiciones crónicas de base e inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por Covid-19.

Objetivo: Determinar la situación del acceso a la atención del cáncer de mama durante la emergencia por COVID -19, de acuerdo con el reporte de las PQRSD del servicio de atención a la comunidad-SAC de la secretaria de Salud Pública Distrital de Cali durante los años 2019, 2020 y 2021.

Metodología: Es un estudio de análisis descriptivo de corte transversal retrospectivo. El análisis se realizó en fuentes secundarias obtenidas a través de las PQRSD del servicio de atención a la comunidad- SAC de la secretaria de salud pública distrital de Cali, entre los años 2019, 2020 y 2021, relacionadas con la atención de mujeres con cáncer de mama.

Consideraciones éticas: Se considera que es una investigación con riesgo mínimo, por el riesgo de confidencialidad, se tiene en cuenta la resolución 8430 de 1993, artículo 11, literal b, del Ministerio de Salud de Colombia.

Resultados: Se realizó análisis de la base de datos fuente secundaria proporcionada por el servicio de atención al ciudadano – SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, distribuida entre marzo del año 2019, año 2020, a marzo del año 2021 encontrando un total de 438 mujeres, mayores de edad, residentes de la ciudad de Santiago de Cali, diagnosticadas con cáncer de mama, activas en el Sistema de Salud por los diferentes regímenes de seguridad social, registradas en el sistema de plataforma SAC 24 horas por los diferentes canales de atención. Se estableció como punto intermedio el 28 de marzo de 2020, mes de inicio de la pandemia y la implementación de la Resolución 521 de 2020, que nos indicó los lineamientos para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en la población mayor de 70 años o en condiciones crónicas de base como la patología oncológica dada por la emergencia sanitaria por COVID 19, da como resultado un total de un 144 registros antes y 294 posterior a la implementación del marco normativo, logrando determinar las diferentes variables que generaron afectación en el acceso de la atención del cáncer de mama y el impacto que se dio con la implementación de la normativa sobre esta población.

Conclusiones: El estudio confirma que las fallas de atención en las pacientes con cáncer de mama, se incrementaron a pesar del marco normativo entregado por el gobierno, lo cual demostró los puntos que debemos fortalecer para garantizar modelos de salud integrales y efectivos, que puedan garantizar impactar en los dos hitos fundamentales de la atención en salud, que corresponden a la oportunidad diagnóstica y al acceso del 1er tratamiento.

Palabras clave: cáncer de mama, acceso, servicio de atención a la comunidad, SAC, PQRS, tratamiento oncológico, SARS-CoV-2, Resolución 521/2020.

Situation of breast cancer care, according to the report of the PQRSD of the community care service – sac of the district public health secretary of Cali during the covid 19 emergency between the years 2019, 2020 and 2021

ABSTRACT

Introduction: The Territorial entity must comply with resolution 054 of 2017, regarding the internal processing of petitions, complaints, claims, suggestions and denunciations (PQRSD) that citizens present before the entity (2), in order to monitor and guarantee access to the health system, especially for vulnerable populations; As is the case of cancer patients, who are part of the population prioritized by the Ministry of Health, within the framework of the fundamental right to health defined by Law 1751 of 2015, which determines the need to guarantee effective access and with quality from the suspicion of diagnosis, palliative care at the end of life. With the global declaration of the SARS-CoV-2 pandemic in March 2020, the Ministry of Health regulated Resolution 521 of 2020, which adopted the procedure for outpatient care of the population in mandatory preventive isolation, with special emphasis on the population. with 70 years or more or with underlying chronic conditions and immunosuppression due to disease or treatment, during the health emergency due to Covid-19(3).

Objective: To determine the situation of access to breast cancer care during the COVID -19 emergency, according to the report of the PQRSD of the community care service-SAC of the Cali District Public Health Secretary during the years 2019, 2020 and 2021.

Methodology: It is a retrospective cross-sectional descriptive analysis study. The analysis was carried out on secondary sources obtained through the PQRSD of the community care service- SAC of the district public health secretary of Cali, between the years 2019, 2020 and 2021, related to the care of women with breast cancer.

Ethical considerations: It is considered that it is an investigation with minimal risk, due to the risk of confidentiality, resolution 8430 of 1993, article 11, literal b, of the Colombian Ministry of Health is taken into account.

Results: Analysis of the secondary source database provided by the citizen service - SAC of the District Public Health Secretariat of Cali, distributed between March 2019, 2020, to March 2021, finding a total of 438 women, adults, residents of the city of Santiago de Cali, diagnosed with breast cancer, active in the Health System through the different social security regimes, registered in the 24-hour SAC platform system through the different service channels. The intermediate point was established on March 28, 2020, the month in which the pandemic began and the implementation of Resolution 521 of 2020, which indicated the guidelines for outpatient care for the population in mandatory preventive isolation with emphasis on the population over the age of 70 years or in basic chronic conditions such as the oncological pathology given by the health emergency by COVID 19, results in a total of 144 records before and 294 after the implementation of the regulatory framework, managing to determine the different variables that generated affectation in access to breast cancer care and the impact that occurred with the implementation of the regulations on this population.

Conclusions: The study confirms that care failures in patients with breast cancer increased despite the regulatory framework provided by the government, which demonstrated the points that we must strengthen to guarantee comprehensive and effective health models that can guarantee impact in the two fundamental milestones of health care, which correspond to the diagnostic opportunity and access to the 1st treatment.

Keywords: access, breast cancer, community care service, SAC, PQRS, cancer treatment, SARS-CoV-2, resolution 521/2020.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, se han implementado diferentes normativas para lograr garantizar la salud en la población con cáncer a nivel del país, una de las más importantes se implementó desde el año 2010 correspondiente a la ley 1384, la cual busca garantizar la atención integral del cáncer, y con la finalidad de poder fortalecer y dar respuesta a los requerimientos consignados en la norma, se implementa en el 2012 el plan decenal 2012-2021 para el control del cáncer resolución 1383, el cual nos entrega los 5 cánceres priorizados para el país, sus líneas estratégicas, metas, y el modelo de atención para el control del cáncer, enfocando al cáncer de mama como una patología con priorización por el ministerio de salud, dada su carga de morbilidad, alta prevalencia e incidencia a nivel país y mundial. Se plantean nuevos direccionamientos en la atención, con la reglamentación de la ley 1751 del año 2015 “ley estatutaria”, la cual indico que la salud es un derecho fundamental, cambiando el panorama en lo que respecta al modelo de salud del país (1).

Para el año 2018, la ciudad de Santiago de Cali a partir de la Ley 1933 se categorizó como Distrito especial, con lo cual se le otorgaron facultades e instrumentos legales, que le permiten cumplir funciones y garantizar la prestación de servicios a cargo; cultivando el desarrollo integral en su territorio, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes (2), solo hasta el 29 marzo 2022 la Secretaría de Salud Pública asume las competencias de Distrito. En ese mismo sentido la Entidad territorial, debe dar cumplimiento a la Resolución 054 de 2017 (3), en lo concerniente al trámite interno de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) que los ciudadanos presenten ante la Entidad, con el fin de vigilar y garantizar el acceso al sistema de Salud, en especial de las poblaciones vulnerables; como es el caso de los pacientes con cáncer, que antes de la pandemia su modelo y rutas de atención estaban enfocadas en cánceres priorizados acorde al plan decenal de cáncer 2012-2021, presentaba fragmentación en servicios de salud, dificultades en el acceso a la atención en pacientes oncológicos, como en el

cáncer de mama (11), para lo cual según lo definido por la Ley 1751 de 2015, en el marco del derecho Fundamental a la Salud, determina la necesidad de garantizar el acceso efectivo y con calidad desde la sospecha del diagnóstico, el cuidado paliativo y el final de la vida(1), para mitigar y evitar que se presenten barreras de acceso que impidan la continuidad del tratamiento, el seguimiento y control de los pacientes durante su sobrevida.

En marzo del año 2020, con la declaración de la pandemia por el SARS-CoV-2, se puso en evidencia las dificultades que ya presentaba el Sistema de Salud, en relación con el acceso efectivo a la atención, que incluye la dificultad para garantizar la continuidad en el tratamiento y el cuidado integral, en especial a las poblaciones con patologías de alto impacto en salud, reconocidas también como de Alto Costo, que son vulnerables social y económicamente. El Ministerio de salud, de manera extraordinaria y rápida, reglamentó el 28 de Marzo 2020 la resolución 521, la cual adoptó el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio, con especial énfasis en población con 70 años o más o con condiciones crónicas de base e inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por Covid-19 (4). Dentro de la norma descrita, se resalta el grupo #3, el cual tiene como población objeto las personas con patología de base no controlada con riesgo medio y alto, se incluye pacientes con cáncer en seguimiento con evidencia de actividad de la enfermedad, sin tratamiento activo o sin cumplimiento de metas terapéuticas, dando tres pautas importantes: garantizar el acceso y continuidad en tratamiento en paciente oncológico, continuidad en la entrega de medicamentos (a domicilio), mantener el control de la patología y no generar dificultades para el acceso a pacientes con cáncer (4), también se hacen aclaraciones con respecto a garantizar la continuidad en consulta con especialista, ya sea en modalidad presencial o virtual, traslado de terapias vitales concediendo continuidad en tratamiento de quimioterapia, radioterapia o cuando requiera atención medica de urgencia secundario a su patología de base (4); lo anterior con

el fin de garantizar la continuidad en el tratamiento, mantener el control de la patología y no generar dificultades para el acceso al sistema de Salud.

Las estadísticas del instituto nacional de cáncer (5) muestran que, en los últimos años, la probabilidad desarrollar cáncer de mama en una mujer del mundo occidental, pasó del 1 sobre 20, a 1 sobre 11; esta es la principal patología oncológica en las mujeres. Globocan (6,7) en el 2020 reportó que la tasa de incidencia mundial estaba alrededor de 47,8/100.000 mujeres, para Colombia la incidencia fue 48.3/100.000 mujeres, el registro poblacional de cáncer de Cali – RPCC (41) en el 2017 muestra que, la tasa de incidencia fue de 45.9/100.000 mujeres. Con relación a la mortalidad, el cáncer de mama es la primera causa de muerte tumoral, en mujeres con edades entre 50 a 65 años; según indica Globocan (7), reportó que en Colombia la tasa de Mortalidad para el 2020 fue de 13,1/100.000 mujeres, el registro poblacional de cáncer de Cali – RPCC (42) en el 2020 muestra que la tasa de mortalidad para cáncer de mama fue de 14.9/100.000 mujeres. Como lo indica el Boletín de las Canarias (8) uno de los hitos en el tratamiento oncológico del cáncer de mama en países de medianos ingresos, es que, si se diagnostica en un estadio inicial y no hay afectación ganglionar, la sobrevida a cinco años alcanza un 87%, no obstante, si existe afectación ganglionar solo se logra un 47%.

Según Sánchez, et al. (9) las barreras de acceso a las que se enfrenta una mujer diagnosticada con cáncer de mama, pueden ser de tipo geográfico, organizacional y económico dado por la georreferencia del paciente y el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento, y por la oferta de servicios limitados y fragmentados para esta patología. Otras barreras tienen que ver con la necesidad de incurrir en gastos como el transporte y la compra medicamentos de manera particular por la falta de respuesta por parte del asegurador para garantizar estos servicios, también se han presentado dificultades en el personal de salud insuficiente para dar respuesta a la demanda, fallas en la preparación o capacitación del personal, lo que da como

resultado servicios ineficientes, falta de continuidad, retrasos en la atención. Otras barreras como las de tipo personal, incluyen la desconfianza hacia el Sistema de Salud por parte del paciente, temor al diagnóstico de cáncer, la falta de conocimiento sobre temas relacionados con su patología, las obligaciones familiares y laborales. Se deben considerar otros factores para el acceso del paciente al sistema, como el gasto de bolsillo para suplir servicios no cubiertos por las Entidades Promotoras de Salud - EPS (aseguradoras), la falta de articulación entre las EPS y los prestadores de Servicios de Salud, para generación de autorizaciones que limitan el acceso a una adecuada atención; lo que genera progresión de la enfermedad y obliga a recurrir a los mecanismos como petición, queja, reclamo, sugerencia o denuncia (PQRSD) de acuerdo con lo definido en las resoluciones 3687 de 2016 (10) y resolución 054 de 2017 (3), ante las entidades como la Secretaría de Salud para hacer exigibles sus derechos en la atención en salud, de acuerdo con lo definido por la Ley 1751 de 2015 (1).

Parte de la problemática del modelo de atención del paciente oncológico, se ve identificada con las diferentes barreras de acceso y un sistema de atención en cáncer fragmentado descritas en estudios como Sánchez y colaboradores, y con la llegada del SARS-CoV-2, se debe buscar el impacto que este tuvo en la atención de las mujeres con cáncer de mama en el distrito de Cali, teniendo presente la estrategia implementada por parte del ministerio de Salud, buscando de garantizar la atención y tratamiento de las mujeres con cáncer de mama, mediante la resolución 521 de 2020 (4) que buscaba la continuidad y acceso en poblaciones vulnerables, tratando de impactar en evitar o controlar que aumentaran las PQRSD en los diferentes niveles institucionales de la red como las entidades prestadoras de salud (EPS) y en las instituciones prestadoras de salud (IPS), en medio de un evento de pandemia, que cambió las prioridades del funcionamiento en los servicios de salud, funcionamiento del sistema de Salud y la atención de las personas. Por lo anterior, surgió la pregunta: ¿Cuál fue la situación de la atención del cáncer de mama, según el reporte de las PQRSD del Servicio de Atención a la Comunidad –

SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali durante la emergencia por COVID-19 entre los años 2019, 2020 y 2021?

La investigación procura establecer una base de referencia y describir el comportamiento de las PQRSD, antes y después de la pandemia por SARS-CoV-2, teniendo presente la implementación de un marco normativo, que pretendía garantizar la atención integral de las mujeres con diagnóstico cáncer de mama, dado el impacto social y económico para ellas, sus familias y el sistema. Se espera que los resultados del estudio, sean usados para mejorar las intervenciones en salud, toma decisiones, planificación de estrategias para mitigar dificultades en el modelo de atención, acorde al contexto del Distrito de Cali y las medidas tomadas por la autoridad sanitaria para enfrentar una emergencia sanitaria.

2 ESTADO DEL ARTE

Se realizó una búsqueda de literatura que permitiera encontrar elementos conceptuales, metodológicos y experiencias alrededor de estudios similares a este, se encontró la siguiente información disponible en diferentes fuentes de datos, de investigaciones y documentos técnicos.

Vargas, Vásquez y Mogollón (15) en el 2010, hablaron sobre el acceso de la atención en salud en el territorio, resaltando las dificultades que imponen algunos aseguradores y proveedores en el modelo de competencia regulada, al igual que la falta de trabajos que califiquen conjuntamente el uso de servicios médicos evaluando la necesidad del usuario, las características de la oferta y las demandas de los usuarios frente a necesidades sentidas respecto a su condición de salud.

Piñeros y Sánchez (11) en el 2011, indicaron que, en países como Colombia y varias regiones de Suramérica, el cáncer de mama es un problema de salud pública, dado

por su incidencia y mortalidad, lo que genera dificultades en el desempeño de los Servicios de Salud. Dentro de la misma investigación se encontró que uno de los factores críticos en la atención del cáncer es la oportunidad con la que se instauran los tratamientos, en especial una patología como el cáncer de mama e indicaron que la pertinencia del enfoque terapéutico tiene un impacto en la sobrevida, el mayor peso se encuentra entre la demora en el inicio y el estadio clínico (11).

Sánchez, Laza y Estupiñán (9) en el 2014, identificaron barreras de acceso a los servicios de salud en mujeres con cáncer de mama, donde se demostró que las demoras se han asociado a una menor sobrevida: un tiempo superior a 3 meses entre la aparición de los síntomas y el inicio del tratamiento disminuye la sobrevida global en 12% (9). La anterior situación es frecuente en países Latinoamericanos y se puede observar en el Sistema de Salud Colombiano, por los resultados en los datos de oportunidad diagnóstica que no inciden de forma importante en la disminución de la mortalidad.

Hay estudios empíricos que han utilizado medidas de acceso potencial como la distancia al centro de salud más cercano o el tiempo de viaje hasta el centro de atención (13), pero estas medidas fallan al asumir que estar cerca al centro de atención es tener acceso, ignorando la existencia de barreras relacionadas con la demanda de salud, como la falta de dinero, que impiden que las personas utilicen los servicios médicos (13,14).

El cáncer de mama, es la neoplasia de mayor incidencia en mujeres a nivel mundial, dentro de los estudios realizados y de acuerdo con las cifras de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) (6), se calculó en el 2020 un total de 2.261.419 casos nuevos en todo el mundo; esta incidencia corresponde al 11.7% de todos los casos nuevos de cáncer de mama, con una mortalidad en el mundo de 684.996 (6.9%), para Latinoamérica y el Caribe la incidencia es de

210.100 por cada 100.000 mujeres (9.3%), con una mortalidad de 57.984 por cada 100.000 mil mujeres (8.5%).

Según indicó la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) (7,12) para el año 2020 al realizar un comparativo entre la incidencia y la mortalidad de dos países Latinoamericanos, que cuentan con un sistema de salud similar, demuestran que hay una diferencia entre países como Colombia y Perú, con una incidencia y mortalidad entre 48,3 y 13.1 para Colombia, y en Perú entre 35.9 y 9.1 lo que indica un desempeño desfavorable para Colombia en términos de sobrevivencia del cáncer de mama dada su mayor incidencia y mortalidad. Se realizó revisión a nivel del distrito, con datos del registro poblacional de cáncer de Cali (41) entre el 2013 al 2017 analizaron un total de 3545 casos nuevos de cáncer de mama, con un cálculo de incidencia tasa estandarizada por edad - TEE de 45.9 por 100.000 mujeres, el mismo registro poblacional de cáncer de Cali (42) en el periodo del 2016 al 2020, analizó un total de 1310 defunciones por cáncer de mama, con un cálculo de mortalidad tasa estandarizada por edad - TEE de 14.9 por 100.000 mujeres, mostrando un comportamiento similar a los datos encontrados por Globocan, en donde la incidencia es menor pero con un impacto en la mortalidad que se debería continuar investigando para determinar las causas atribuibles a la red de salud en el distrito.

Este comportamiento muestra la brecha que existe entre el diagnóstico e inicio de tratamiento, evidenciado con el comportamiento de los casos incidentes y la mortalidad, demostrando que el impactar en la oportunidad diagnóstica no garantiza el tratamiento oportuno, debido a varias circunstancias de nuestro actual Sistema de Salud, entre las cuales se resalta el acceso a los servicios y como consecuencia el desenlace de la enfermedad puede resultar en progresión de la misma o la muerte, comportamiento que ya han descrito autores como Sánchez, Laza y Estupiñán (9); esto por las particularidades del Sistema de Salud Colombiano, basado en la compra y venta de servicios, los modelos de contratación entre el

asegurador y el prestador de servicios, las condiciones sociales y económicas de las mujeres con cáncer, en su mayoría.

Mosella, Sepúlveda, Toledo y colaboradores (44) en el 2020, analizo la pandemia por COVID-19 desde una experiencia local en Chile, encontrando que ha generado un estancamiento mundial en la atención y resolución de todas las patologías graves y crónicas, debido al colapso de los sistemas de salud, a la dificultad de consulta, dada por la disminución de movilidad de las personas por las cuarentenas establecidas y también por el temor de los pacientes al contagio en los centros de salud. Encontraron que los enfermos con cáncer de mama fueron parte de las poblaciones afectadas, dado por las canceladas sus atenciones, suspendidos o postergado sus tratamientos y diferidas sus cirugías.

En Colombia se ha estudiado ampliamente el acceso a los servicios médicos y su relación con características de los usuarios y del sistema de Salud (13). Los estudios empíricos han encontrado una fuerte relación entre el acceso realizado, las variables socioeconómicas y del Sistemas de Salud como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación (13).

Chicaiza Daza y Tobar Blandón (45) en el 2021, hablaron sobre el acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EPS en Cali durante el año 2019, demostrando las dificultades que se pueden presentar durante la atención en el sistema de salud con respecto al modelo oncológico vigente antes de la pandemia.

Vidagany, Córcoles, Martínez y colaboradores (46) en el 2022, indicaron que la pandemia obligo a reorganización de los recursos tanto humanos como materiales, dada la saturación del sistema sanitario, describen la experiencia en la variable cirugía del cáncer de mama durante el evento, indicando que han podido asegurar

la asistencia y tratamiento de las mujeres con esta patología en adecuados intervalos entre el diagnóstico y el tratamiento durante la pandemia, lo atribuyen a la implementación previo a la pandemia de la cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama.

Con el propósito de profundizar en el conocimiento, la actual investigación y los trabajos relacionados, busco realizar el análisis de mujeres con cáncer de mama y el acceso en servicios de salud, teniendo presente la llegada de la pandemia y el marco normativo implementado para garantizar continuidad en la atención, se tuvieron en cuenta sus características sociodemográficas, perfil económico, georreferenciación y el acceso a servicios diagnóstico, curativos, rehabilitación y paliación. Es prioritario tener referentes de acceso a servicios de salud en las mujeres con cáncer de mama, donde se evalué desde la relación paciente – prestador – asegurador, tomando de referente los casos captados en el ente de control como la Secretaría de Salud Pública Distrital, teniendo en cuenta los cambios del modelo de atención acorde a la normativa para continuidad en la atención del paciente ambulatorio, en el marco pandemia por SARS-CoV-2, con el fin de garantizar evaluaciones más objetivas para toma decisiones por parte de los actores en el Sistema de Salud colombiano.

En general, la búsqueda no arrojó información relevante sobre estudios previos basados en un repositorios institucionales de carácter territorial de peticiones, quejas, reclamos, denuncias; lo que se encontró fueron informes de gestión de las entidades e instituciones, dando cuenta de la gestión de trámite que dieron a las PQRSD, sin especificar las patologías, la mayoría de las investigaciones encontradas se centraron en dar cuenta del cumplimiento al trámite en función del cumplimiento del marco normativo Colombiano, y en caso de no garantizar el servicio, se dan continuidad a sanciones de aquellos actores que no cumplen debidamente.

3 MARCO CONCEPTUAL

En la atención del cáncer de mama, hay implicados conceptos que determinan las formas de comprender y explicar la atención en salud desde la gestión clínica y la gestión administrativa. Esto implica reconocer conceptos básicos para analizar y comprender las formas de abordar el cáncer, sus implicaciones y desenlaces.

El cáncer de mama es uno de los tipos de cáncer que puede ser tamizado y con ellos mejorar su diagnóstico y tratamiento oportuno para disminuir la mortalidad y mejorar la sobrevida, teniendo presente los costos que se está dispuesto a invertir para mejorar resultados en salud. Se definen conceptos sobre la patología del cáncer de mama, desde su anatomía, fisiología, posterior proceso oncogénesis, epidemiología, métodos de tamización y detección, juntos con las opciones de tratamiento, también se describen funciones del sistema de información, entes de control, salud pública. Lo anterior, permite identificar una terminología médica y una terminología administrativa correlacionada que es base de los análisis en la atención del cáncer de mama.

Se considera pertinente, revisar algunas definiciones o términos que ayuda a comprender más adelante los resultados del estudio, conforme al proceso de revisión y análisis.

3.1 Terminología Médica

Relacionada con cáncer de mama y atención oncológica.

- **Mamas o senos:** A pesar de las diferentes formas y volúmenes mamarios, la mama se extiende del 2º al 6º arco costal y entre la línea para esternal y la axilar anterior (16). Hay que considerar la cola de Spencer o prolongación axilar que tiene una forma cónico piramidal y que se extiende hasta los límites

de la axila, el complejo areola-pezón está implantado a nivel del 5º arco costal y contiene numerosas fibras musculares lisas cuya función es de proyectar el pezón, por inervación involuntaria, los diversos conductos terminan cada uno en un orificio del pezón (17).

- **Cáncer de mama:** Crecimiento en forma descontrolada, dando como resultado la formación de un tumor (masa anormal) que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una protuberancia (bulto). Solo se diagnostica que la masa es maligna, si posterior a una biopsia se obtienen células que indican anormalidad (carcinoma o adenocarcinoma), y se complementa si las células obtenidas demuestran que están penetrando (invadiendo) los tejidos circundantes o propagándose (metástasis) a áreas distantes del cuerpo (17,18).
- **BI-RADS:** Sistema *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) es un método para clasificar los hallazgos mamográficos que actualmente se considera el idioma universal en el diagnóstico de la patología mamaria (19,20).

Tabla 1. Clasificación BI-RADS

<i>Categorías BI-RADS</i>	
<i>BR0</i>	<i>Estudio insuficiente o no concluyente</i>
<i>BR1</i>	<i>mama normal</i>
<i>BR2</i>	<i>Patología benigna</i>
<i>BR3</i>	<i>Sugestivo de benignidad <2%</i>
<i>BR4a</i>	<i>Baja a moderada sospecha 2-10%</i>
<i>BR4b</i>	<i>Moderada sospecha 11-40%</i>
<i>BR4c</i>	<i>Moderada – Alta sospecha 41 – 94%</i>
<i>BR5</i>	<i>Alta sospecha de malignidad >95%</i>
<i>BR6</i>	<i>Malignidad confirmada</i>

Fuente: La escala BI-RADS y su valor predictivo en mamografía (20).

- **Carcinoma:** Grupo de células anormales que permanecen en el lugar donde se formaron, no se diseminaron, es posible que estas células anormales se vuelvan cancerosas y se diseminen al tejido normal cercano (18,21).
- **Carcinoma ductal in situ:** Es la proliferación de células epiteliales ductales malignas, las cuales no han sobrepasado la membrana basal. Se considera un grupo de lesiones heterogéneo con una capacidad diversa de progresar a carcinoma invasivo y un rango amplio de opciones de tratamiento, estadio, conocido también como estadio 0 (18,21).
- **Carcinoma mama temprano:** Cáncer de mama que no se diseminó fuera de la mama o los ganglios linfáticos de la axila. Este tipo de cáncer de mama incluye los estadios I, IIA, IIB (18,21).
- **Carcinoma localmente avanzado o loco-regional:** Está definido por la U.I.C.C. como los estadios III (tumores de gran tamaño y compromiso ganglionar mayor a 2, incluso tumores que pueden ser resecables o irresecables, y en el pasado la cirugía fue el tratamiento primario de elección para todos los estadios de cáncer de mama (18,21). La tendencia actual, en cáncer de mama localmente avanzado, es usar quimioterapia neoadyuvante, intentando disminuir el tamaño tumoral, transformando los tumores inoperables en operables, e incluso lograr tratamiento conservador de la mama (18).
- **Carcinoma metastásico:** Se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer la metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado y el cerebro (18,21). También puede ser que el tumor haya afectado localmente la piel y los ganglios linfáticos dentro del cuello, axilas, el índice de supervivencia relativa a 5 años es del 16%, se identifican normalmente como estadio IV (20,21).

3.2 Términos de la Atención en el Cáncer de Mama

- **Tratamiento oncológico:** Este debe ser un manejo integral y multidisciplinario enfocado al cáncer de mama, los manejos loco-regionales son cirugía y radioterapia en cualquiera de sus tres modalidades (neoadyuvante, adyuvante y paliativa), el tratamiento sistémico incluye la quimioterapia, la terapia endocrina y la terapia dirigida a blancos moleculares (20–22).
- **Confirmación diagnóstica:** Tiempo transcurrido entre la primera consulta y el diagnóstico (23,24).
- **Inicio tratamiento:** El tiempo entre la primera consulta y el inicio de tratamiento (18,25).
- **Cirugía oncológica:** El tratamiento quirúrgico del tumor primario en el cáncer de mama ha pasado por múltiples modificaciones, en la actualidad se divide en cirugía conservadora y mastectomía con sus múltiples variedades (17,18,26).
- **Radioterapia:** El tratamiento con radioterapia está indicado en todos los pacientes que hayan sido sometidos a cirugía conservadora (18,25). El boost o sobreimpresión se considera estándar, y se administra usando electrones mediante un dispositivo tecnológico (25). La irradiación parcial de la mama es una modalidad usada en tumores pequeños como parte del tratamiento conservador, puede administrarse en forma de braquiterapia intersticial, intracavitaria (catéter), radioterapia intraoperatoria, o en modalidad externa como la conformacional, intensidad modulada (IMRT), guiada por imágenes (IGRT), aeroterapia volumétrica (VMAT). Según los estudios la radioterapia pos-mastectomía reduce el riesgo de recurrencia local en aproximadamente dos tercios; y aumenta la sobrevida global en 10% (18,25).
- **Quimioterapia:** El objetivo de la quimioterapia es eliminar la enfermedad micro-metastásica antes del desarrollo de células tumorales resistentes,

pues se ha demostrado que la recurrencia sistémica es la principal causa de muerte en estas pacientes (17,18,26).

- **Protocolo:** Plan detallado de un experimento científico o clínico, tratamiento o procedimiento (26).
- **Terapia Biológica:** Dentro de las variedades de terapias encontramos las terapias biológicas aproximadamente 15 a 25% de los cánceres de mama tendrá sobreexpresión del gen HER2 (ErbB2), el medicamento más usado para este tipo de terapia es el trastuzumab, el cual se caracteriza por ser un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido en contra de la proteína HER2 (16–18,26)
- **Terapia endocrina:** “Es ideal para el 50 al 70% de los pacientes con cáncer de mama, dado que en la mayoría de los pacientes la patología tumoral será hormono sensible por lo que se pueden beneficiar de esta línea de tratamiento” (18). Por ejemplo: El Tamoxifeno dado durante 5 años, ha demostrado una disminución en el riesgo de recurrencia del 40% y reducción de riesgo de muerte en un 35%, lo que traduce en un beneficio a 15 años del 12% libre de enfermedad (16–18). Los Inhibidores de la aromatasa es otra línea de tratamiento endocrino, tratamiento adyuvante exclusivo de mujeres posmenopáusicas, ha demostrado mejor sobrevida libre de enfermedad, el tipo de inhibidor dependerá del perfil de toxicidad y riesgo de cada paciente, la duración del tratamiento es a 5 años, el beneficio a 15 años es del 3% disminución en la recurrencia (17,18,26).
- **Seguimiento:** Es la revisión periódica mediante la valoración clínica (trimestral los primeros dos años, del año 3 al año 5 es semestral, y posteriormente, anual), se busca siempre: detectar recaída local, regional o sistémica o la presencia de un segundo primario (18,26). Dentro de las recomendaciones nunca se debe olvidar la toma de mamografía de control, radiografía de tórax anuales, y el control de la densidad ósea mediante una densitometría ósea semestral (aún más en pacientes con tratamiento de inhibidores de la aromatasa o en fase posmenopáusica) (18,26).

- **Supervivencia libre de enfermedad:** Tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la recaída de la enfermedad o muerte por cualquier causa (26,27).
- **Supervivencia global:** Tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la muerte por cualquier causa (26,27).

3.3 Terminología Administrativa

A continuación, se presentan algunas definiciones usualmente utilizadas para comprender y explicar las características de la atención en salud.

- **Atributos de la Calidad de la Atención en salud**, según lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social (28).
 - **Oportunidad:** 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.
 - **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
 - **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud efectivamente.
 - **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
 - **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
 - **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

- **Alto Costo:** Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como sida y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros (19).
- **Aseguramiento en salud:** Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (19).
- **Barrera física:** Se entiende por barreras físicas, todas aquellas trabas y obstáculos físicos que limiten o impidan la libertad de movimiento o normal desplazamiento de las personas (19).
- **Barrera administrativa en salud:** Son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que se interponen para negar, dilatar o no prestar servicios a sus afiliados (19).
- **EPS:** Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen contributivo y subsidiado a los beneficiarios de éste (19).
- **IPS:** Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley (19).
- **Incidencia:** Es la medida del número de casos nuevos, llamados casos incidentes, de una enfermedad originados de una población (19).
- **Prevalencia:** Es la medida del número total de casos existentes, llamados casos prevalentes, de una enfermedad en un punto o periodo de tiempo y en una población determinados, sin distinguir si son o no casos nuevos (19).
- **Petición:** Es una actuación por medio de la cual el usuario, de manera respetuosa, solicita a la empresa cualquier información relacionada con la prestación del servicio (19).

- **Queja:** Es la expresión o manifestación que le hace el usuario a la empresa por la inconformidad que le generó la prestación de nuestros servicios (19).
- **Reclamo:** Es la oposición o contrariedad presentada por el usuario, con el objeto de que la empresa revise y evalúe una actuación relacionada con la prestación del servicio en términos económicos (19).
- **Sugerencia:** Es una propuesta presentada por un usuario para incidir en el mejoramiento de un proceso de la empresa cuyo objeto está relacionado con la prestación del servicio (19).
- **Denuncia:** Acto de poner en conocimiento del funcionario competente, la comisión de un hecho delictuoso, sujeto acción pública, del que se hubiere tenido noticias por cualquier medio (19).

3.4 El Cáncer de Mama, Evento de Interés en Salud Pública y Enfermedad de Alto Costo

El cáncer es considerado una enfermedad de múltiples presentaciones, se caracteriza por el crecimiento anormal y desordenado de las células propias del cuerpo, generando un tumor o bulto a nivel de la mama, afectando las células epiteliales en los conductos o lobulillos mamarios, logrando en los casos avanzados la facultad de diseminarse a cualquier sitio del organismo a través de los vasos sanguíneos (18,27). Este tipo de patología se ha relacionado con factores de riesgo no modificables (edad, sexo, menarquía temprana y menopausia tardía, antecedentes y edad al nacer el primer hijo) y otros modificables (hormonal y nutricional), por ello todos los esfuerzos por disminuir su morbi-mortalidad, se encuentran encaminados hacia un diagnóstico y atención oportuna, tratando de garantizar identificación de estadios tempranos para garantizar tratamientos menos agresivos y con mejores desenlaces de tratamiento, valorados en incremento en la sobrevida (18,21,26).

Este tipo de Cáncer lo pueden desarrollar los hombres, no obstante, es de baja incidencia, 1 de cada 100.000 hombres pueden llegar a padecer cáncer de mama (22). Los grupos poblacionales más afectados son las mujeres entre 30 y 69 años, su incidencia ponderada en las mujeres de 30 - 60 años es de 46,3/100.000 mujeres y el 80% de los casos se encuentran en estado avanzado, con una sobrevida limitada, encontrándose dentro de los principales problemas de salud pública del país, dado por el aumento en su incidencia y mortalidad, con importantes implicaciones tanto en el bienestar de las mujeres (daño afectivo y de integridad corporal), su vida productiva y el costo social, además del impacto financiero para los sistemas de salud (18,26,27).

Se reitera la importancia de las estadísticas desarrolladas por Globocan (6,7) en el 2020, indica que el cáncer de mama presentó una tasa de incidencia mundial alrededor de 47,8/100.000 mujeres, con una mortalidad 13,6/100.000 mujeres. Para Colombia su incidencia fue 48,3/100.000 mujeres y una mortalidad 13,1/100.000 mujeres, resaltando que, si se logra un diagnóstico con oportunidad en estadios iniciales, sin afectación ganglionar, la supervivencia a los cinco años alcanza un 87%, sin embargo, si existe afectación ganglionar la misma se lograría solo en un 47% (8).

Según indica el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (23), como centro de referencia nacional en el tema, la proporción del Cáncer de mama, por localización o por estadios es la siguiente:

- Estadio temprano o carcinoma in situ (estadio 0 y I), corresponde sólo al 4.8% (17,18,21,26).
- Estadio localizado (estadio II), corresponde al 13.3% (17,18,21,26).
- Estadio localmente avanzado (estadio III y IV), corresponde a la mayoría de los casos en un 76.8% (17,18,21,26).

En Colombia, se ha revisado que la captación de pacientes con cáncer de mama en estadios avanzados y metastásicos representa el mayor porcentaje de los casos, esto se mantiene debido a la intervención tardía del médico en el diagnóstico y la falta de cumplimiento en las estrategias de tamización oportuna en la población que requiere este tipo de intervenciones por su alto riesgo, al igual que la falta de capacidad por parte del médico en el momento del examen clínico de mama poder detectar tumores solo mayores de 2cm, poniendo a la paciente automáticamente en el grupo de enfermedad localizada (19,26). Siempre se debe tener presente que los dos factores pronósticos más importantes que determinan la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global que son el tamaño del tumor primario y el número de ganglios axilares afectados (27).

Las condiciones sociales y económicas tienen un valor determinante en las condiciones de salud de las mujeres con cáncer de mama; Sánchez, Laza y Estupiñán (9) en su investigación demuestran que la pobreza, la falta de educación, la falta de servicios básicos incrementa en las pacientes su riesgo de recaer o de hacer progresión de la enfermedad por falta de atención con calidad.

3.5 Marco Normativo para el Abordaje del Cáncer de Mama en Colombia

Como parte del manejo definido para el control integral de la enfermedad, la detección temprana del cáncer de mama es de interés para la salud pública en el país, siendo parte de su manejo la implementación de políticas públicas como lo es el Plan Decenal de Control de Cáncer 2012 – 2021 con la Resolución 1383 del 2013 (23), acorde a los objetivos de desarrollo sostenible y normatividad internacional, según lineamientos de la OMS y diferentes órganos rectores, enfocados a dar cumplimiento y cobertura tanto al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 (1), donde indico que la salud se convierte en un derecho fundamental, e implemento la prestación de servicios y tecnologías en salud integralmente, con lo anterior se articularia con el cumplimiento a la Ley 1384 y 1388 de 2010 (29,30) dictan la atención del cáncer en Colombia debe contener fases como prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliativo, y ahora con mayor importancia por la Resolución 3339 de 2019 (31) en la cual se implementa el mecanismo para redistribución de recursos de la UPC para los cánceres priorizados dentro de los que se resalta el cáncer de mama, y su importancia en el poder medir el impacto en términos de atención integral con oportunidad diagnostica, oportunidad inicio tratamiento, porcentaje de estadificación estadios tempranos resulta de mayor importancia para nuestro actual sistema de Salud.

El cáncer hace parte del grupo de enfermedades catalogadas como “*Catastróficas o de Alto Costo*”, para las cuales el gobierno nacional ha definido que el abordaje debe ser integral, con sus diferentes fases: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, las cuales deben estar incluidas como parte del plan de beneficios en salud, y desde las entidades prestadoras de servicios de salud (EPS) deben garantizar a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama la integralidad en la atención, siempre orientado a garantizar acceso a los servicios con oportunidad, para la captación en estadios tempranos, impactando así en la sobrevida de la patología.

Actualmente como parte de la integración territorial a nivel del distrito de Cali, se desarrolló un proyecto para implementar las funciones y competencias que el Distrito ha adquirido en su transformación como Entidad territorial. En lo que respecta a salud, Cali distrito es responsable por la calidad de la atención en la prestación de servicios de Salud, especialmente para patologías como VIH y el Cáncer (32). Por sus competencias como distrito definidas en la Ley 715 de 2001 (33), los distritos, tienen funciones respecto a la oferta y organización de la red de servicios, de

acuerdo con el REPS, conocido como el registro especial de prestadores de servicios de Salud y el Rethus que es la base de información nacional del talento humano en salud.

La atención oncológica debe garantizar la multi-interdisciplinariedad para lograr un diagnóstico con oportunidad y calidad, buscando que el inicio del tratamiento sea menor a 30 días (27); que incluya consulta por las diferentes especialidades, servicio de cirugía, radioterapia, quimioterapia oral y endovenosa, rehabilitación, cuidados paliativos, manejo de dolor, terapia hormonal, entre otros.

Con la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2, la implementación de la resolución 521 el 28 de marzo del año 2020 (4), cambio la visión del Sistema de Salud en lo que respecta a la atención ambulatoria de la población en aislamiento preventivo obligatorio por la emergencia sanitaria por COVID-19, dentro del nuevo marco normativo se dieron pautas e indicaciones para garantizar atención en la población con 70 años o más, condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19 (4). Se debe tener presente que, dentro de la misma normativa, el grupo numero 3 describe a las personas con patología de base no controlada o riesgo medio alto y gestantes, incluyo 10 subgrupos de patologías, de los cuales se destaca el grupo de cáncer en seguimiento con evidencia actividad de la enfermedad, sin tratamiento activo o sin cumplimiento de metas terapéuticas, logrando inclusión en lo que respecta a la continuidad en la atención, indicando que se debía garantizar el acceso al servicio de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social, definió directrices para la implementación y adaptación de la resolución 521/2020 por parte de las instituciones del Sistema de Salud, con el objeto de favorecer su proceso de atención y no afectar la calidad y por ende los resultados en salud.

Dentro de estas se cuentan:

- Atención domiciliaria a través de un equipo multidisciplinario.
- Atención por telesalud con el fin de evaluar riesgo-beneficio de sus tratamientos.
- Atenciones telefónicas y virtuales.
- Despacho de medicamentos a domicilio.
- Traslado de pacientes de terapias vitales (Quimioterapia – Radioterapia).
- Diseños de estrategia de comunicación telefónica.

Dentro de las funciones del ente de control, y a partir del decreto 1757 de 1994, nace en Colombia todo lo relacionado con las PQRS que deben ser recibidas por estas instituciones, y que presento una actualización con respecto a canales de comunicación y proceso de gestión con la resolución 054 de 2017, para lo cual el Servicio de Atención a la Comunidad – SAC, es el encargado en la Secretaria Distrital de Salud Publica en Cali de canalizar y resolver las peticiones de los ciudadanos en materia de salud, siendo un espacio de defensa de derechos y deberes de los pacientes a través de la recepción de las peticiones, quejas y reclamos de la ciudadanía, por la inconformidad en la calidad de la atención recibida o por la negación de servicios en las entidades de salud públicas o privadas (34).

La ruta PQRSd se puede presentar por canales presenciales (ventanilla única, ventanilla presencial) y no presenciales (correo, redes sociales, WhatsApp, telefonía, página web), los datos y la solicitud son ingresados en la plataforma SAC 24/horas, los cuales se pueden marcar como gestión u orientación, es importante aclarar que los casos inicialmente son recibidos por una figura llamada receptores, que son auxiliares administrativos o técnicos administrativos, acorde al tipo de queja y la EPS del usuario se le asigna 1 de 9 grupos creados en el SAC, dentro del grupo hay gestores y un líder que realiza la logística para dar respuesta a los diferentes procesos, aclarando que hay unos tiempos de respuesta de las instituciones y entidades prestadoras de salud a nivel del distrito de Cali.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Modelos Teóricos en Salud y en Administración

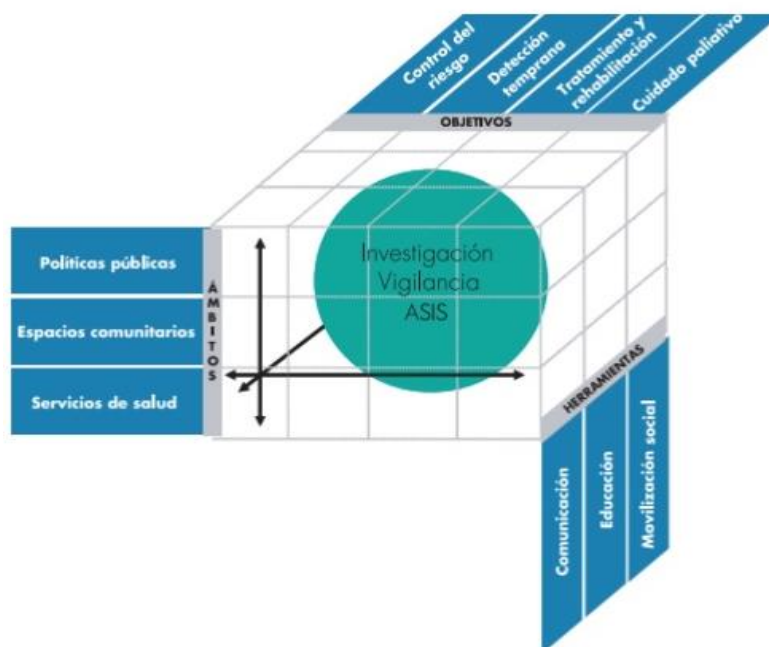
Dentro de los modelos teóricos estudiados y que pueden explicar las variables asociadas al uso de servicios de salud, la atención en pacientes oncológicos y las variables de acceso, se toma como referente:

- Modelo para el control de cáncer en Colombia (23) que incluye componentes del tratamiento del cáncer. (adaptación de Kane RL. Comprender la investigación de resultados de atención médica, 1997).

La investigación se basó en las necesidades de salud de la población con neoplasia maligna desde la perspectiva del comportamiento del cáncer de mama, de sus diferentes variables y componentes del tratamiento, como es el impacto en la sobrevida, los determinantes en salud que hacen parte, éstos son los principales ingredientes de donde parten las intervenciones en salud pública como el plan decenal de cáncer, las rutas de atención integral en cáncer y las guías de práctica clínica que buscan generar mecanismos de articulación, intervención, seguimiento y control.

Para efectos del plan decenal para el control del cáncer propuesto por el Ministerio de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (23), realizaron una adaptación del modelo de Raúl Murillo y colaboradores del 2005 como se observa en la figura 1, este propone la integración de las acciones y los niveles de intervención requeridos para el control del cáncer en nuestro país, los que se presentan en un primer momento y define los pasos generales en términos de los macroprocesos.

Figura 1. Componentes del modelo para el control del cáncer.



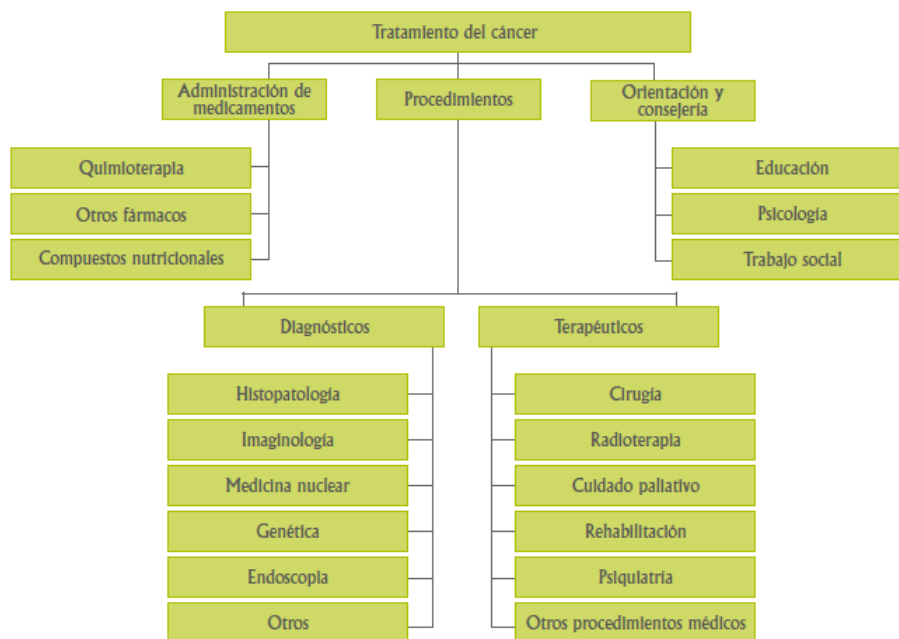
Fuente: Plan Decenal para el Control en Colombia, 2012-2021 (23)

Según los diferentes componentes del modelo, se describió como puerta de entrada la integración y relación de los **objetivos** del control del cáncer (prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativo), los **ámbitos** en los que deben desarrollarse las acciones (arena política, comunidad, servicios de salud) y el uso de **herramientas** básicas para las acciones (comunicación, educación, movilización social) (23), todo esto debe tener como base un sistema de información confiable y valido, el cual se debe generar mediante la investigación, vigilancia y el análisis de situación de salud (ASIS), de lo anterior este modelo funciona como un proceso en red, y las variables deben participar de forma estrecha, por lo cual la investigación hace parte de los pilares fundamentales en la patología oncológica (23,26).

Como lo indicó el mismo modelo, el desarrollo de la investigación en Cáncer en Colombia, debe ser un objetivo estratégico, frecuentemente se sugiere que el

componente básico y la investigación clínica deben ser lideradas por los países industrializados debido a los elevados costos y la necesidad de recurso humano altamente calificado, pero en nuestro país, y para otros países de la región, no resulta conveniente excluirlas de plano, debido a la necesidad de tener un mejor entendimiento del comportamiento biológico de la enfermedad en nuestra población y a la necesidad de evaluar en un contexto apropiado la costó-efectividad, costo-beneficio o costo-utilidad de diversas intervenciones diagnósticas y terapéuticas (23).

Figura 2. Componentes del tratamiento del cáncer.



Fuente: Plan Decenal para el Control en Colombia, 2012-2021 (23)

Dentro del modelo para el control del cáncer se describieron los diferentes componentes que hacen parte del tratamiento del paciente con patología oncológica, como se describen en la figura 2, para fines del trabajo se tomó la definición de curación del cáncer como la desaparición de toda evidencia de enfermedad (remisión completa), el alcance de un estado de nulo o mínimo riesgo

de recurrencia o recaída, y la recuperación del estado funcional (23). Los resultados del paciente no dependen exclusivamente de la interacción de todos los componentes del tratamiento, sino cómo se explica en la figura 2, debe ser un proceso continuo tanto del diagnóstico precoz (estado al diagnóstico y riesgos asociados), actividades para el control del riesgo, continuidad en la prevención y tratamiento incluyendo la fase de rehabilitación, mediado por las condiciones en las que el tratamiento sea aplicado, es decir, las habilidades de quienes hacen parte de cada uno de sus componentes (formación del recurso humano), así como la disponibilidad de tecnología y servicios habilitados en oncología (23).

Dentro del actual sistema de Salud en Colombia, la variable acceso, y uno de los subgrupos como lo son las barreras administrativas, existen diferentes referentes que hablan sobre el modelo de competencia gestionada que inicio sobre los años noventa en nuestro país y aumento con el tiempo, traducido en obstáculos para acceder a los servicios de salud, entre ellos destacan, por un lado, la introducción de las aseguradoras privadas que además de obtener recursos de la provisión, influyen directamente en el acceso a los servicios alcanzando toma decisiones sobre elementos como la amplitud de la red de proveedores y su accesibilidad geográfica o introduciendo estrategias para controlar la utilización (13,24).

Se resalta que, en la búsqueda de sostenibilidad económica, ciertas instituciones prestadoras en salud pueden realizar cierto tipo de mecanismos que llevan al rechazo del paciente no asegurado o sin capacidad de pago (14,24). Al final, el Sistema de Salud en su traducción genera una alerta para los usuarios, indicando que el hecho de estar afiliado a un régimen de seguridad social en salud no se traduce en un acceso integral y adecuado a los servicios de salud (13,14,24).

Se han evidenciado diferentes barreras administrativas en nuestro Sistema de Salud, identificado desde la demora en prestación de servicios como consulta, cirugía, quimioterapia, radioterapia, la negación en la entrega de medicamentos, dificultades para la entrega de autorizaciones, al igual que selección adversa para

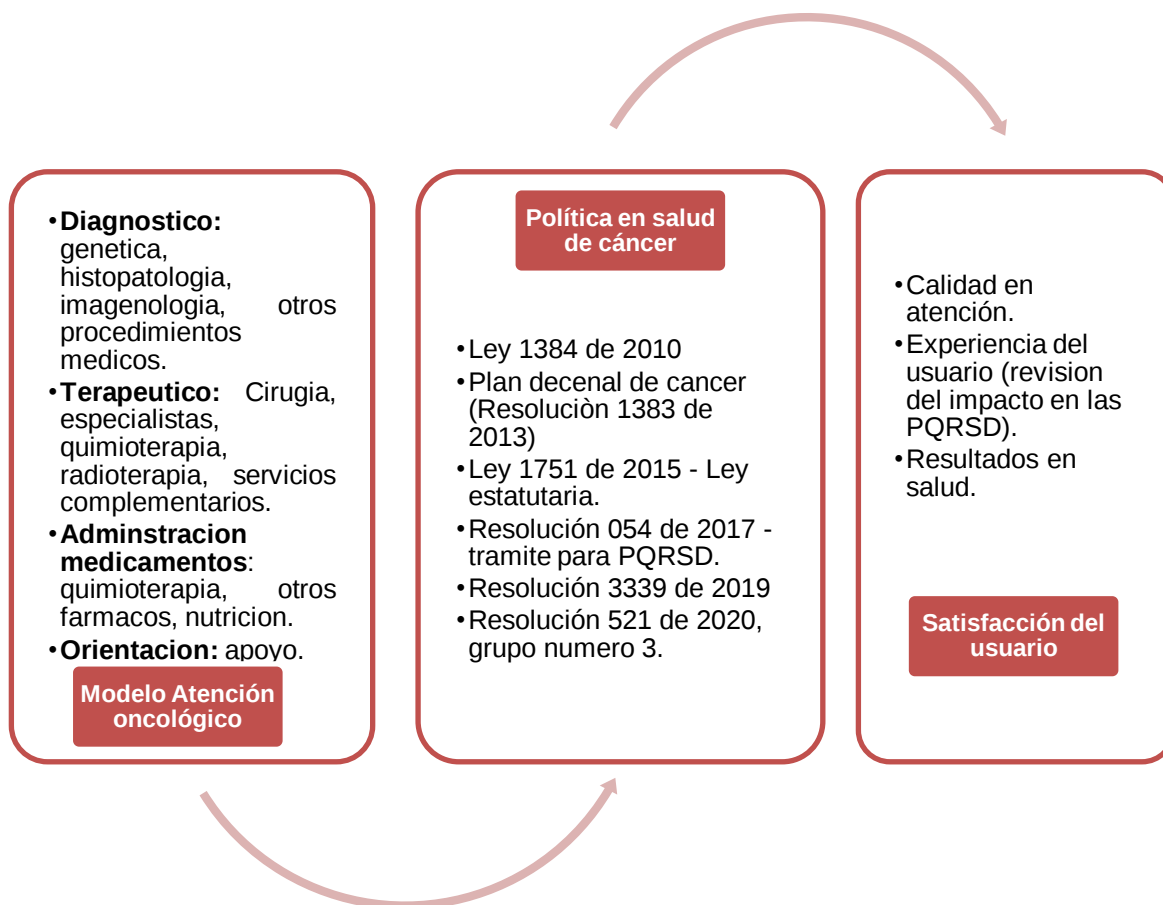
las afiliaciones de algunas aseguradoras (13,14,32,34). La modalidad del paciente o familiar, cuando se presentan dificultades en términos de acceso o barreras para los servicios de salud, cuenta con un mecanismo para lograr superar este tipo de barreras, y consiste en solicitud de la tutela, pero se ha encontrado que los usuarios en algunas ocasiones hacen mal uso de esta herramienta legal (14,32,34).

En los trabajos relacionados con el tema de acceso en salud, uno de los referentes que se han encontrado más relevantes corresponde a Lu Ann Aday y Ronald Andersen, quienes han indicado que “el acceso a la atención en salud está integrada en un marco que incluye la política de salud diseñada para afectar las características del sistema de prestación de atención médica y de la población en riesgo a fin de generar cambios en la utilización de los servicios y en la satisfacción de consumidores de esos servicios” (35), de lo anterior, es importante que la accesibilidad sea una propuesta dada por una oferta de servicios que tenga presente la zona geográfica, ámbito financiero, ámbito cultural y normativo vigente en lo que respecta a lograr una adecuada implementación del modelo de atención en cáncer.

Es importante resaltar, que los estudios encontrados hablan sobre el acceso a servicios de salud, cobertura y falta de integralidad, barreras de acceso, pero ninguno sin lograr identificar el impacto que ha tenido la llegada de la pandemia y la implementación de marco normativo, que buscaba garantizar la continuidad en la cobertura y acceso a las poblaciones más vulnerables, entre las cuales se destaca la población con cáncer de mama, se realizó la revisión e identifico el impacto de las PQRSD antes y después de la pandemia, para garantizar la atención ambulatoria de la población en aislamiento preventivo obligatorio durante la emergencia sanitaria por COVID-19, de los usuarios con cáncer de mama que han sido atendidos en la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, con la finalidad de identificar si se presentó adherencia al cumplimiento normativo, o cuales fueron las dificultades en cuanto al acceso y calidad de la atención de salud presentada

durante la fase de implementación normativa acorde a lineamientos del ministerio de salud, para lo cual se realizó una adaptación entre el modelo de atención de cáncer, la política en salud de cáncer y la satisfacción del usuario esperada, como se observa en la figura 3. Se resalta que el actual modelo implementado por parte del plan decenal de cáncer, se encuentra en el marco de la teoría general de la administración de Chiavenato (43), la cual permite el estudio de las organizaciones en general, por su tamaño y por la complejidad de sus operaciones, cuando alcanzan cierta dimensión, las organizaciones necesitan que las administre un conjunto de personas estratificadas en diversos niveles jerárquicos que se ocupen de asuntos diferentes, ello implica planeación, organización (estructura), dirección y control de las actividades realizadas en una organización, diferenciadas por la división del trabajo, sin importar donde se aplique, ya sea en organizaciones lucrativas (empresas) o no lucrativas.

Figura 3. Bases teóricas para la atención en cáncer en relación con implementación de marco normativo durante la pandemia por SARS-CoV-2



Fuente: Elaboración propia del autor, adaptación a partir de los modelos teóricos de salud y administración presentados previamente.

La figura 3, nos muestra la adaptación entre el marco normativo colombiano con el modelo de Atención Oncológico y los atributos de la Calidad de la atención en Salud (Oportunidad, Seguridad, Accesibilidad, Continuidad, Pertinencia) que determinan la Satisfacción del Paciente e inciden sobre los resultados en Salud, son la base teórica, sobre el cual se desarrolla este análisis. La base de información que el distrito de Santiago de Cali ha logrado consolidar a través de la Secretaria de Salud Pública y su Servicio de Atención a la Comunidad -SAC, debe ser analizado más allá de la gestión y trámite administrativo de cumplimiento de la entidad territorial. La importancia de este servicio en el Grupo de Participación Social de la Secretaría de Salud Pública Distrital, facilita que el alcance de esta investigación vaya más allá

para comprender las causas de las PQRSD y se determine la situación real de las mujeres con cáncer de mama antes y después de la pandemia.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar la situación del acceso a la atención del cáncer de mama durante la emergencia por COVID -19, de acuerdo con el reporte de las PQRSD del Servicio de Atención a la Comunidad-SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali durante los años 2019, 2020 y 2021.

5.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y de afiliación al sistema de seguridad social en salud de las mujeres con cáncer de mama según el reporte de las PQRSD del Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de SSPD.
- Describir las causas que afectan los atributos de la calidad en la atención de las mujeres con cáncer de mama, de acuerdo con el análisis del reporte de las PQRSD del Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de la SSPD.
- Identificar las variables de calidad afectadas en la atención de mujeres con cáncer de mama, atendidas en el Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de la SSPD, según marco normativo para la atención del paciente oncológico durante el COVID-19.

6 METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Estudio

Es un estudio de análisis descriptivo de corte transversal retrospectivo. El análisis se realizó en fuentes secundarias obtenidas a través de las PQRSD del Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali., entre los años 2019, 2020 y 2021, relacionadas con la atención de mujeres con cáncer de mama.

6.2 Área de estudio, ámbito y Población Objetivo

El área de estudio fue la prestación de servicios de salud acorde al modelo oncológico vigente en el momento de la atención, la población objeto son las PQRSD que registra el Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, que están relacionadas con la atención de mujeres con cáncer de mama, entre marzo del año 2019 a marzo del 2021, con punto intermedio el día 28 marzo 2020.

El universo de la población son 438 registros de usuarios en la base de PQRSD de la plataforma SAC 24 horas de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali (SSPD), se tomó como punto de referencia para diferenciar el antes y después de la pandemia, la implementación de la Resolución 521 (4) la cual dio comienzo el 28 marzo del año 2020, se solicitó la base de PQRS con los datos de un año antes y un año después de la fecha mencionada anteriormente. El resultado fueron 144 registros de usuarios antes y 294 posterior a la pandemia e implementación de la normativa. La base de datos que se recibió, tiene discriminado 3 años 2019, 2020 y 2021, indicando que para el año 2019 se observaron un total de 36 variables, para los años 2020 y 2021 se observaron 54 variables en total; luego del análisis se escogieron un total de 17 variables de la base que representan los 2 años, y se formularon 3 variables adicionales obtenidas en la categoría “descripción motivo” la

cual permite ingresar a la información abierta y fundamental sobre la queja o solicitud del usuario.

Las nuevas variables desarrolladas a partir de la “descripción motivo”, corresponden a tratamiento cáncer, subgrupo y especificidad, fueron necesarias implementarlas, dado el alcance de la matriz entregada con respecto a la queja del usuario oncológico, y la no utilización de información abierta fundamental para toma decisiones y seguimiento que se debe realizar al paciente con cáncer; fue fundamental la experiencia y pertinencia del investigador en cáncer, con la finalidad de mejorar la calidad del dato entregado por parte de la base de PQRSD del SAC.

6.3 Población de Estudio y Muestra

6.3.1 Criterios de inclusión

- Registros de usuarios PQRSD de casos de mujeres mayores de 18 años.
- Usuarios con diagnóstico confirmado de cáncer de mama
- Registro usuarios ingresados en la base de datos PQRSD en el periodo de estudio.
- Registro usuarios de PQRSD residentes en la ciudad de Santiago de Cali.

6.3.2 Criterios de Exclusión

- Registros PQRSD de casos con residencia fuera de la ciudad de Santiago de Cali.
- Registro de causas no relacionadas con atención en cáncer de mama.
- Registro Hombres con cáncer de mama registrados en la base de datos de las PQRSD
- Registros usuarios incompletos que no registren datos considerados en el estudio dentro de la base de datos de las PQRSD.

- Registro de usuarios que no correspondan a una barrera de acceso del servicio de salud registrados en la base de datos de las PQRSD.
- Usuario con PQRSD diferente a una atención de su patología oncológica.
- Registros errados en datos anexados en las bases de las PQRSD del SAC.

6.4 Variables

La variable dependiente (variable de resultado) de este estudio se llama “atributo de calidad”, la cual está definida como la característica asociada a la falta en el cumplimiento de la atención en salud, de las diferentes fases en la ruta de atención integral del paciente con cáncer de mama.

Las variables independientes (variables del usuario y variables externas) corresponden a los factores modificantes y factores de relación causal que podían afectar la continuidad en la atención de la ruta integral para cáncer de mama. Estas variables están relacionadas con el asegurador, conocido como EPS, El prestador de Salud o IPS, las características del servicio requerido, la geografía en relación con la distancia para movilizarse, los recursos financieros para sumir costo de atención, otros que pueden modificar la atención en términos de la calidad de los atributos, como se observa en la tabla 2.

La variable Edad, presenta variabilidad en los datos, por lo que se requirió agrupar para lograr por ciclo de vida para poder garantizar adecuado análisis, se dejaron categorías 18-26 años (Juventud), 27-59 años (Adultez) y 60 y más años (Vejez), se aplicara una prueba adicional, llamada Shapiro Wilk, para evaluar la distribución de esta variable, ver tabla 2.

Se describe la variable localidad, la cual está organizada acorde a las nuevas competencias que como distrito le corresponden ahora a Cali, y parte de la integración territorial, se conformaron 6 localidades, que integran 22 comunas y 15

corregimientos, categorizadas de la siguiente manera: Cali aguacatal (comuna 1,2,3, corregimiento 65), Cauca Norte (comuna 4,5,6,7,8), Cañaveralejo (comuna 9,10,19,20, corregimiento 53,58,54), Pondaje (comunas 11,12,13,16), Cauca Sur (comunas 14,15,21, corregimiento 51), Pance Lili (comunas 17,18,22), ver tabla 2.

Para la variable calificación del motivo, se agruparon en 4 categorías que son: Acceso a EPS (queja corresponde a la dificultad para radicación de ordenes en el asegurador), Acceso a IPS (queja corresponde a la dificultad para radicación de autorizaciones en la institución prestadora de servicios), Demora en la autorización de servicios (queja corresponde a dificultad en generación de autorización por parte del asegurador), Demora en prestación de servicios (queja corresponde a la demora en programación de servicios por parte de la institución prestadora), ver tabla 2.

Tabla 2. Cuadro de operacionalización de variables

No.	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
1	Régimen de Afiliación	Tipo de afiliación del usuario al SGSSS	Cualitativa	Nominal	Contributivo
					Subsidiado
					Especial
					No Asegurado
2	Edad	Edad del usuario en años- cumplidos	Cuantitativa	Razón	18 a 26 años (Juventud)
					27 a 59 años (Adultez)
					60 y más años (Vejez)
3	Sexo	Características biológicas del paciente. Puede incluir población LGTBQI+	Cualitativa	Dicotómica	Femenino No binario
4	Estrato Socioeconómico	Definido por el orden distrital, según la ubicación geográfica de la vivienda	Cualitativa	Ordinal	De 1 a 6
5	Localidad	Forma de organización social y económica (Cali Distrito Ley 1933 de 2018)	Cualitativa	Nominal	Cali aguacatal (comuna 1,2,3, corregimiento 65)
					Cauca Norte (comuna 4,5,6,7,8)
					Cañaveralejo (comuna 9,10,19,20, corregimiento 53,58,54)
					Pondaje (comunas 11,12,13,16)
					Cauca Sur (comunas 14,15,21, corregimiento 51)
					Pance Lili (comunas 17,18,22)
			Cualitativa	Nominal	Emssanar

Variables del usuario

6	Entidad promotora de salud (EPS)	Asegurador de prestación de servicios de salud del usuario			Asmet salud	
					Cooameva EPS	
					Servicio occidental de Salud – SOS	
					Medimas	
					Nueva EPS	
					Comfenalco	
					Coosalud	
					Cosmitet	
					Sanitas EPS	
					Policía	
					Salud total	
					Sura	
7	Institución prestadora de Salud (IPS)	Encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención.	Cualitativa	Nominal	Centro Médico Imbanaco	Variables externas
					Hospital universitario del Valle – Evaristo García	
					Fundación Clínica Valle del Lili	
					Clínica de Occidente	
					Clínica nuestra señora de los Remedios	
					Hemato oncólogos	
					Hospital San Juan de Dios	
					Recuperar IPS	
					Sebastián de Belalcázar	
					Unicáncer	
					Clínica Rey David	
					Otros	
8	Condición del usuario	Se define como la situación de la paciente al momento de hacer contacto con el SAC	Cualitativa	Nominal	Ambulatorio	
					Hospitalizado	
					Urgencias	
9	Tipo	Se define como el tipo de contacto solicitado por parte del usuario	Cualitativa	Nominal	Gestión	
					Orientación	
					Radicación	
10	Calificación del motivo	Causa sobre la cual se presentó falla en la atención en salud	Cualitativa	Nominal	Acceso a EPS	
					Acceso a IPS	
					Demora de autorización de servicios	
					Demora en prestación de servicios	
11	Estado	Situación en la que se encuentra la queja o solicitud radicada	Cualitativa	Nominal	Cierre efectivo	
					Cierre no efectivo	
					Cierre por traslado	

					Desistimiento tácito	
					Traslado a la Supersalud	
12	Solicitante	Se define como la persona que realiza la solicitud ante el ente de control	Cualitativa	Dicotómica	Paciente	
					Otros	
13	Canal recepción	Corresponde a los medios para lograr interponer una petición, queja, reclamo o sugerencia	Cualitativa	Nominal	Correo SAC	
					Presencial	
					Telefónico	
					Virtual	
					WhatsApp	
14	Tratamiento cáncer	Se define como las etapas del modelo oncológico	Cualitativa	Nominal	Diagnóstico	
					Terapéutico	
					Administración medicamentos	
					Orientación	
15	Subgrupo	Agrupación de servicios requeridos para manejo del paciente con cáncer	Cualitativa	Nominal	Apoyo	
					Cirugía	
					Especialista	
					Genética	
					Histopatología	
					Imagen	
					Nutrición	
					Otros fármacos	
					Otros procedimientos médicos	
					Quimioterapia	
					Radioterapia	
					Servicios complementarios	
16	Especificidad	Descripción detallada del servicio solicitado (se encuentran en la GPC del ministerio)	Cualitativa	Nominal	Acido Alendrónico	
					Ambulancia	
					Anastrozol	
					Anestesiología	
					Antígenos Carcinoembrionario	
					Atención Domiciliaria	
					Biopsia	
					Cardiología	
					Cianocobalamina	
					Cirugía tórax	
					Cirugía mama	
					Cirugía oncológica	
					Cirugía vascular	
					Dalteparina	
					Eco Doppler Venoso	
					Ecocardiograma	
					Ecografía de abdomen	

					Ecograma de mama	
					Ecografía glándula salival	
					Ecografía paratiroides	
					Ecografía tejidos blandos	
					Ecografía de tórax	
					EKG (electrocardiograma))	
					Electromiografía	
					Endoscopia	
					Exemestano	
					FISH	
					Fulvestrant	
					Gammagrafía Ósea	
					Genética	
					Hemograma, creatinina, electrolitos, fosfatasa alcalina	
					Hidromorfona	
					IMRT (radioterapia intensidad modulada)	
					Inmunohistoquímica	
					Juntas especialistas	
					Lapatinib	
					Lata Prowhey	
					Letrozol	
					Mamografía	
					Mastólogo	
					Medicina Física	
					Medicina laboral	
					Nutricionista	
					Oncotype	
					Oxicodona	
					Oxido de Zinc	
					Palbociclic	
					Paliativo	
					Pet Scan	
					Pregabalina	
					Protocolo (plan tratamiento quimioterapia)	
					Psicología	
					Radiocirugía	
					Radiografía tórax	
					Radioterápico	
					Resonancia columna	
					Resonancia de mama	
					Ribociclic	
					TAC Abdomen	

					TAC Cerebral	
					TAC Cuello	
					TAC mama	
					TAC Tórax	
					Tamoxifeno	
					Tapentadol	
					Trastuzumab	
					Vacuna	
					Lunes	
17	Día queja	Corresponde al día de la semana que el paciente u otra persona coloca la petición, queja o sugerencia	Cualitativa	Nominal	Martes	
					Miércoles	
					Jueves	
					Viernes	
					Sábado	
18	Fecha inicio gestión	Corresponde a la fecha que registra el ingreso de la solicitud en la base de datos	Cuantitativa	Razón	día/mes/año	
19	Fecha cierre gestión	Corresponde a la fecha que registra el cierre de la solicitud en la base de datos	Cuantitativa	Razón	día/mes/año	
20	Atributo de calidad	Son aquellos atributos o características que su hallazgo puede determinar falta en el cumplimiento de la atención en salud	Cualitativa	Nominal	Accesibilidad	Variable dependiente
					Oportunidad	
					Seguridad	
					Pertinencia	
					Continuidad	
					Satisfacción del usuario	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

6.5 Análisis de datos

Esta investigación se gestó como respuesta a la necesidad de conocer la situación de la población con patologías crónicas de alto impacto que además estaban enfrentando la pandemia, como fenómeno mundial, que impacto los sistemas y servicios de salud estudio, se llevó a cabo a partir de datos secundarios, tomando como fuente la base de datos reportada por el Servicio de Atención a la Comunidad – SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, registrada entre los años 2019, 2020 y 2021 analizada y procesada a través de la herramienta STATA14.0 el cual es un software propietario, que facilito el ejercicio en la definición de reglas y aplicabilidad en datos nominales.

El registro de los datos tendrá control de entrada conforme a los criterios establecidos en el cuadro de operacionalización de variables. Se llevo a cabo un análisis descriptivo de datos registrados a través de análisis univariado, con el objetivo de identificar errores en el registro de datos, sesgo sistemático en datos recolectados debido a las fallas durante el registro de información en la plataforma designada por el SAC, permitiendo identificar nuevas variables que puedan apoyar la vigilancia y control del riesgo del paciente con cáncer, y obtener valores omitidos en las variables cuantitativas y cualitativas registradas en la plataforma institucional. En las variables cualitativas se usó tablas de frecuencia y en las variables cuantitativas se identificará si éstas tienen una distribución normal.

Para encontrar el objetivo específico número uno de la presente investigación, que corresponde a establecer las características sociodemográficas y de afiliación de la población objeto de estudio, se realizaron tablas de frecuencia para las variables cualitativas, donde se estimaron los porcentajes de cada una de las categorías acompañadas, comparando con el antes y el después de la llegada de la pandemia.

Para el objetivo específico número dos, el análisis de causas que afectan las variables de calidad en la atención, se realizaron cruces con las variables externas y variables del usuario, posterior a esto se relacionó a través de tablas cruzadas en los cuales se obtuvo valor de chi-cuadrado (X^2) de asociación a igual que los valores t de significancia, menores a 0,05 indicaran que existe asociación entre las variables descritas y la implementación del direccionamiento dado por la normativa posterior a pandemia. También se construyeron gráficos de histogramas o cajas y bigotes para identificar el comportamiento de algunas variables y los posibles datos extremos.

Para el objetivo específico número tres, se debe identificar y describir los atributos de calidad afectadas en la atención de las mujeres con cáncer de mama, se realizaron cruces con cada una de las posibles dificultades de acceso y clasificación

del motivo, posterior a esto se relacionó a través de tablas cruzadas en los cuales se obtuvo el valor de chi-cuadrado (X^2) de asociación a igual que los valores t de significancia, menores a 0,05 indicaran que existe asociación entre las variables de calidad para el acceso y la implementación del direccionamiento dado por la Resolución 521 del 2020.

Dentro de los hallazgos encontrados hay una variable de nombre “canal receptor” cuyo ingreso de datos fue a partir del año 2020, generando limitación en información del año anterior a este. Durante el proceso de revisión de la base de datos suministrada por el Servicio de Atención a la Comunidad - SAC, se debió realizar depuración de los datos ingresados, dado los hallazgos encontrados posiblemente producto de errores al momento de digitar en la plataforma de apoyo de la institución o limitaciones de la misma por el profesional que recibe el caso, dentro de los hallazgos se indica que la base no cuenta con variable para consignar el estadio clínico de la patología oncológica de mama el momento de registrar la PQRSD, la ausencia de datos en algunas variables por error en el registro o falta de información del solicitante, errores en campos con información que no corresponde a la variable, no permite discriminar si el registro de PQRSD lo coloca familiar o acudiente, solo se identifica si es el propio paciente o una persona diferente, pero no se logra determinar la relación o vínculo, se encontraron errores al momento de colocar una calificación del motivo, de igual forma la base revisada no permite realizar trazabilidad por casos, todo lo anterior causó que se debiera generar un proceso depuración y exclusión de algunos registros de usuarios para lograr cumplimiento de la meta esperada para la investigación.

Esta investigación se basó en la base de datos proveída por la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, la información allí almacenada se construye con la gestión de la organización en la oficina del servicio de atención a la comunidad - SAC, a través de la figura de receptor y articulado con los gestores que hacen parte de la misma institución, los cuales diariamente tiene esta labor, por los diferentes canales

actualmente vigentes como presencial, telefónico, correo electrónico, WhatsApp. El investigador, no incluyó otras fuentes secundarias o primarias; por tanto, se basó en su experiencia y amplio conocimiento en el tema oncológico desde la gestión clínica y la gestión administrativa que afectan la calidad de la atención en salud.

7 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

El presente trabajo se encuentra dentro de la normatividad vigente, se considera que es una investigación con riesgo mínimo, por el riesgo de confidencialidad, y se tiene en cuenta la Resolución 8430 de 1993, que en el artículo 11 dice lo siguiente:

Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, recolección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta Resolución (36).

De igual manera se respeta el Acuerdo 023 de 2003, de la Universidad del Valle con respecto a la propiedad intelectual, y se resalta el artículo 2, del compromiso ético de los creadores: “Es deber de la Universidad, de los docentes, servidores y estudiantes, como generadores de conocimiento científico y cultural, velar por la creación y consolidación de un compromiso ético que oriente el quehacer universitario por las sendas del respeto a la producción intelectual de quienes como autores efectivamente concretan y elaboran la obra o el desarrollo técnico” (37).

Con el fin respetar los acuerdos previos, y para garantizar la confidencialidad de la información de la base de datos suministrada por la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, no se utilizaron los nombres ni los números de identificación, por lo cual éstos se reemplazaron por una codificación. Se eliminó de la base de datos información personal como dirección domicilio, teléfonos o cualquier dato que pueda comprometer la confidencialidad de los pacientes, respetando la Ley 1582 de 2012 (Habeas data) (38).

El investigador del proyecto se responsabilizará de mantener la custodia y no entregar esta información a terceras personas, el tiempo que se protegerá la información será de dos (2) años y con el fin de garantizar la seguridad de esta, se conservaba la base en un computador (del investigador), el cual contará con clave de acceso tanto para la base como para el computador mismo, evitando el uso de cualquier dato por personas externas.

Este fue un estudio con riesgo mínimo, porque no involucró a seres humanos para la recolección y análisis de la información a analizar. La información y datos obtenidos para el análisis habían sido previamente recolectados y registrados durante el proceso de archivo y radicación de la PQRS, que se realizan en el servicio de atención a la comunidad en la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali.

No obstante, se aplicaron las normas y protocolos para salvaguardar la información de datos personales que está registrado en la base de datos de las PQRS y se cambiaron por codificaciones, previo al manejo de información y datos.

Para obtener acceso a esta base de datos como fuente secundaria se debió solicitar permiso de acceso y uso para fines académicos a la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, en la oficina de participación social.

8 RESULTADOS

Se realizó análisis de la base de datos fuente secundaria proporcionada por el servicio de atención al ciudadano – SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, distribuida entre marzo del año 2019, año 2020, a marzo del año 2021 encontrando un total de 438 mujeres, mayores de edad, residentes de la ciudad de Santiago de Cali, diagnosticadas con cáncer de mama, activas en el Sistema de Salud por los diferentes regímenes de seguridad social, registradas en el sistema de plataforma SAC 24 horas por los diferentes canales de atención. Se estableció como punto intermedio el 28 de marzo de 2020, mes de inicio de la pandemia y la implementación de la Resolución 521 de 2020, que nos indicó los lineamientos para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en la población mayor de 70 años o en condiciones crónicas de base como la patología oncológica dada por la emergencia sanitaria por COVID 19, da como resultado un total de un 144 registros antes y 294 posterior a la implementación del marco normativo, logrando determinar las diferentes variables que generaron afectación en el acceso de la atención del cáncer de mama y el impacto que se dio con la implementación de la normativa sobre esta población.

8.1 Características sociodemográficas y de afiliación de la población objeto de estudio

En el análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de las mujeres con cáncer de mama, que tuvieron contacto con el Servicio de Atención a la Comunidad-SAC de la Secretaría de Salud Pública Distrital de Cali, y hacer una comparación con el antes y después del inicio de la pandemia, se evidencia que el tipo de contacto más frecuente fue gestión con el 94% (136 registros) antes y el después con el 68% (198 registros), demostrando que la mayor parte de las solicitudes que se radican en el SAC se enfocan en garantizar la gestión de alguna solicitud asociada a servicio de salud; en cuanto a la edad, se evidencia que en ambos

periodos de análisis, el mayor número de personas se presentaron fueron por el ciclo de vida adultez, que está de 27 a 59 años, con un antes del 64% y después del 59%; al analizar por la localidad de procedencia, se evidencia que antes de la pandemia, el 26% provenían de la localidad Cauca Norte, la cual concentra las comunas 4-5-6-7-8 que se encuentran en el sector nor-oriente de Cali, posterior a la pandemia, el 25% de los casos provenían de la localidad cauca sur, la cual concentra las comunas 14-15-21-51 que se encuentran en el sector de distrito de agua blanca, posiblemente en relación con los resultados del artículo de Sánchez, et al. (9) acerca de barreras de acceso a los servicios de salud en pacientes con cáncer de mama, donde indicaban que las mujeres con esta patología reciben una atención diferenciada producto de una serie de circunstancias que determinan el acceso, dentro de las cuales resaltan procedencia (rural o urbana), estrato, ocupación y nivel adquisitivo.

Dentro de lo observado por la variable estrato, se encuentra que la variable que más presento solicitudes a nivel del SAC, antes y después de la pandemia corresponde al estrato 3 con el 37% (53 registros) y 33% (98 registros), y al estrato 2 con el 35% (50 registros) y 28% (82 registros) respectivamente, al asociarlo con el régimen, se encontró que en el periodo antes de la pandemia corresponde al contributivo con el 58% (84 registros), y en el periodo posterior se concentró en el subsidiado con el 54% (160 registros), lo cual coincide con los resultados del artículo de Sánchez, et al. (9) sobre barreras de acceso a los servicios de salud y las narrativas de una mujer con cáncer de mama, donde se encontró que los casos relacionados se concentraban en los estratos 2 y 3, fuera de identificar que existe un acceso inequitativo, siendo las mujeres de menores recursos económicos, las de bajo nivel educativo y las afiliadas al régimen subsidiado quienes experimentan un mayor volumen de barreras de acceso (9).

Se analiza la variable EAPB, encontrando que para el periodo antes de la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2, los aseguradores que más peticiones concentran corresponden a Coomeva EPS con un 37% (53 registros) y Medimas con un 19%

(28 registros), posterior a la pandemia las entidades que concentraron más solicitudes corresponden a Emssanar con el 46% (134 registros) y Coomeva EPS con 17% (50 registros), resaltando la importancia que tiene para el territorio el garantizar que los aseguradores cumplan con la adecuada implementación de la ruta atención integral en Cáncer de mama, para impactar en la atención oportuna de la enfermedad que puede estar determinada por una problemática de inequidad social (9,44).

Otro de los análisis realizados, corresponde para ambos periodos, antes y después de la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2, el Hospital Universitario del Valle (HUV) fue la IPS que concentro el mayor número de PQRSD que ingresaron en la plataforma SAC 24 horas, antes con un 25% y después con el 40%. También se realizó análisis sobre la variable que corresponde al día de la semana que se realiza mayor radicación de las solicitudes por parte de los usuarios o acudientes, encontrando que para las mujeres con cáncer de mama que registraron sus solicitudes, la evidencia demuestra que se concentra antes de la pandemia en los días miércoles y viernes, con un 24% y 27% respectivamente, posterior a la pandemia corresponde a los días jueves y viernes con un 21% en ambos días, como se evidencia en la tabla 3.

Tabla 3. Variables demográficas y el periodo antes/después de la pandemia por SARS-CoV-2

VARIABLES	Antes	%	Después		Total
	n=144		n=294	%	
TIPO					
GESTIÓN	136	94%	198	68%	334
ORIENTACIÓN	8	6%	7	2%	15
RADICACIÓN	0	0%	89	30%	89
EDAD					
18 a 26	1	1%	2	1%	34
27 a 59	92	64%	174	59%	235
60 y MAS	51	35%	118	40%	169

LOCALIDAD					
CALI AGUACATAL	8	6%	22	7%	30
CAÑAVERALEJO	29	20%	40	14%	69
CAUCA NORTE	37	26%	69	24%	106
CAUCA SUR	22	15%	74	25%	96
PANCE LILI	17	12%	19	6%	36
PONDAJE	31	21%	70	24%	101
ESTRATO					
1	21	15%	80	27%	101
2	50	35%	82	28%	132
3	53	37%	98	33%	151
4	15	10%	19	6%	34
5	4	2%	15	5%	19
6	1	1%	1	1%	1
SEGURIDAD SOCIAL					
CONTRIBUTIVO	84	58%	133	45%	217
ESPECIAL	4	3%	0	0%	4
NO ASEGURADO	0	0%	1	1%	1
SUBSIDIADO	56	39%	160	54%	216
EAPB					
EMSSANAR ESS	27	19%	134	46%	161
COOMEVA EPS SA	53	37%	50	17%	103
S.O.S.	15	10%	35	11%	50
MEDIMAS EPS S.A.	28	19%	11	4%	39
COOSALUD E.S.S.	8	6%	19	6%	27
NUEVA EPS SA	4	3%	13	4%	17
POLICIA NACIONAL	4	3%	11	4%	15
COMFENALCO VALLE EPS	2	1%	6	2%	8
SANITAS SA	0	0%	5	2%	5
SURA EPS	0	0%	5	2%	5
CRUZ BLANCA	2	1%	0	0%	2
MEDICIPS SAS	0	0%	2	1%	2
SALUD TOTAL	0	0%	2	1%	2
COSMITET MAGISTERIO	1	1%	0	0%	1
NINGUNA	0	0%	1	0%	1
IPS					

H.U.V.E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	36	25%	118	40%	154
CLÍNICA NUESTRA SENORA DE LOS REMEDIOS	2	1%	38	13%	40
HEMATO-ONCÓLOGOS	31	22%	2	1%	33
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI	4	3%	26	9%	30
RECUPERAR IPS	9	6%	19	6%	28
CLÍNICA DE OCCIDENTE	17	12%	9	3%	26
CENTRO MÉDICO IMBANACO	7	0%	7	2%	14
CLÍNICA AMIGA	3	2%	7	2%	10
INSTITUTO RADIOLÓGICO DEL SUROCCIDENTE LTDA	0	1%	10	3%	10
IPS SANIDAD NS DE FÁTIMA	1	5%	8	3%	9
OTROS	34	23%	50	17%	84
DÍA					
LUNES	19	13%	43	15%	62
MARTES	24	17%	51	17%	75
MIÉRCOLES	34	24%	57	19%	91
JUEVES	28	19%	63	21%	91
VIERNES	39	27%	63	21%	102
SÁBADO	0	0%	13	5%	13
DOMINGO	0	0%	4	2%	4
TOTAL	144	100%	294	100%	438

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

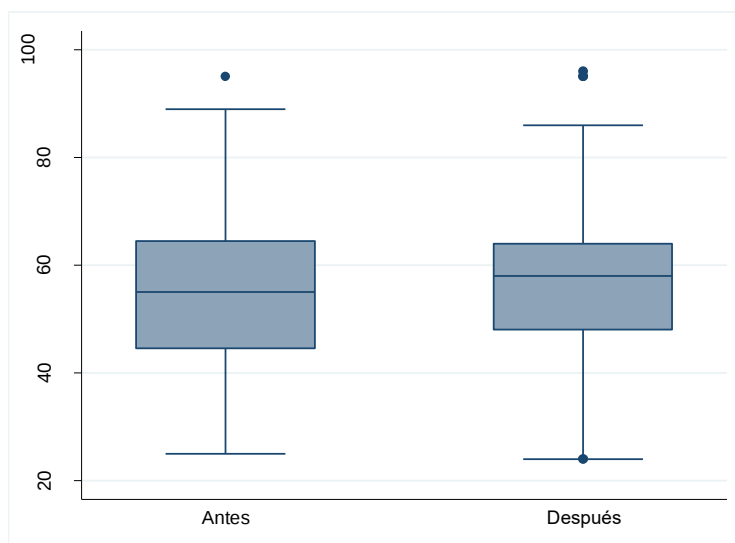
Dado que la edad es una variable cuantitativa, se validó la distribución normal por medio de la prueba Shapiro Wilk, donde el valor $P=0$; es decir que no presenta una distribución normal, dado que la edad no es normal, se presenta la distribución la edad por medio de los indicadores de posición.

Cabe resaltar que la prueba de Shapiro Wilk, es una prueba para evaluar la distribución normal, la cual tiene hipótesis nula alterna que los datos provienen de una distribución normal, donde se rechaza si el valor P es menor de 0,05.

Según los hallazgos, se describe que la edad que presento el 50% de las solicitudes antes del inicio de la pandemia, fue de 55 años o más, mientras que el periodo después de la pandemia, se concentró el 50% de las atenciones en los 58 años o

más, esto significa que el ciclo de vida adultez (entre 27 a 59 años) fue el que tuvo mayor número de casos registrado en la SAC, este comportamiento es similar a lo esperado según la incidencia de la patología, la cual ha sido investigada, y se ha encontrado que la edad de aparición de casos de cáncer de mama, se identifican por encima de los 50 años de edad (18), ver la figura 4.

Figura 4. Caracterización de usuarios acorde a su edad, antes y después de la implementación de la pandemia por SARS-CoV-2



Fuente: elaboración propia con base en los resultados.

Se describe que los resultados de la variable solicitante, se evidencia que en el periodo antes del marco normativo el 63% (91 registros) de las quejas la colocaban los pacientes, mientras en el periodo después, esta proporción es del 73% (179 registros), continuando como principal accionante el usuario; si se articula con la variable canal de recepción que más se estableció durante la pandemia por COVID19, teniendo en cuenta que para el 2019 la base de datos no registro esta variable porque no contaba con la estrategia, posterior a la pandemia que la variable presencial concentro un 48% (116 registros), seguido de la variable telefónico en un 34% (84 registros), lo cual demuestra una dificultad en la implementación del marco normativo, dado el direccionamiento nacional donde no se podía realizar

ninguna gestión presencial en lo que corresponde a la ruta de atención en salud en ningún punto físico, y los sistemas se debían organizar para lograr dar respuesta de manera virtual a este tipo de solicitudes, también se encuentra que se incurre en un posible gasto de bolsillo que debe hacer el paciente, con la finalidad de lograr garantizar ingreso de la queja, o asistencia a la IPS que prestara el servicio una vez lo autoricen, y la continuidad en el mismo proceso según los días asignados, esto basado en una atención con calidad y oportunidad por parte del Sistemas de Salud. Otro de los hallazgos encontrados y de gran relevancia, corresponde a la variable tratamiento de cáncer, donde se evidencia que en el periodo antes de la llegada de la pandemia, el 38% de los registros de usuarios manifestaron dificultades en la ruta oncológica con la variable terapéutico, la cual se articula con la variable subgrupo que contiene las categorías cirugías, consultas especialistas, radioterapia, y servicios complementarios, de las variables descritas la que más represento solicitudes por parte del registro de usuarios ante el SAC, en el periodo antes y después de la pandemia corresponde a la categoría especialistas, antes con un 22% (32 registros) y después de pandemia con 30% (74 registros) , la especialidad que más quejas presento en el periodo antes de la pandemia correspondió a radioterápico con un 8% (11 registros), y en el periodo después fue oncología alcanzando un 19% (46 registros). En el mismo periodo antes de la llegada de la pandemia, la segunda causa que manifestaron los usuarios como dificultad en la variable tratamiento cáncer correspondió a la administración de medicamentos en un 33% (48 registros), la cual se articula con la variable subgrupo que contiene las categorías quimioterapia, otros fármacos y nutrición, identificando que presento mayor dificultad en la ruta de atención correspondió a quimioterapia en un 29% (42 registros), la categoría más afectada asociada a la quimioterapia correspondió a protocolo antes con un 13% (18 registros) y después de pandemia con 13% (31 registros), esto significa que la aplicación de la formulación generada por parte del especialista presento dificultades en garantizar la una continuidad en la ruta de atención, la segunda categoría asociada a la categoría quimioterapia correspondió a la entrega del medicamento tamoxifeno antes 7% (10 registros) y despuesta 6%

(14 registros), lo cual demuestra la barrera de inequidad que existe en el Sistema de Salud, al no garantizar que una molécula de bajo costo y gran impacto para la enfermedad no se pudiera garantizar en su entrega a nivel del distrito de Cali.

Es importante revisar que en el periodo posterior a la llegada de la pandemia por COVID-19, iniciando con el marco normativo que regulo los direccionamientos para la continuidad en la atención en salud, se evidencia que en la variable tratamiento de cáncer, la categoría que concentró las mayores quejas correspondió a diagnóstico con un 44% (107 registros), la misma se articula con la variable subgrupo que asocia las categorías genética, histopatología, imagenología y otros procedimientos médicos, siendo la causa más frecuente asociada a esta variable la que corresponde a imagenología en un 24% (58 registros), el servicio que se identificó asociado a la variable imagenología y que concentró más solicitudes en quejas corresponde a la gammagrafía ósea alcanzando un 3% (7 casos). Se debe lograr medir el impacto que podríamos tener en la mortalidad por cánceres prevenibles, y en este caso por cáncer de mama, en poblaciones vulnerables, como se puede atribuir, entre otros factores, el no recibir un diagnóstico y un tratamiento oportuno dadas las barreras y dificultades encontradas las primeras variables descritas (9), ver tabla 4.

Tabla 4. Variables externas solicitante, canal recepción, tratamiento cáncer, subgrupo, especificidad, antes y después de pandemia

VARIABLES	Antes n=144	%	Después n=294	%	Total
OTROS	53	37%	115	47%	168
PACIENTE	91	63%	179	73%	270
CANAL RECEPCIÓN					
CORREO SAC	0	0%	16	7%	16
PRESENCIAL	0	0%	116	48%	116
TELEFÓNICO	5	3%	84	34%	89
VIRTUAL	3	2%	3	1%	6
WHATS APP	2	1%	75	31%	77
SIN DATO	134	93%	0	0%	134
TRATAMIENTO CÁNCER					
ADMINISTRACIÓN MEDICAMENTOS	48	33%	89	36%	137
DIAGNÓSTICO	42	29%	107	44%	149
ORIENTACIÓN	0	0%	4	2%	4
TERAPÉUTICO	54	38%	94	39%	148
SUBGRUPO					

APOYO	0	0%	4	2%	4
CIRUGÍA	8	6%	7	3%	15
ESPECIALISTA	32	22%	74	30%	106
GENÉTICA	5	3%	10	4%	15
HISTOPATOLOGÍA	0	0%	7	3%	7
IMAGENOLOGÍA	30	21%	58	24%	88
NUTRICIÓN	5	3%	1	0%	6
OTROS FÁRMACOS	1	1%	15	6%	16
OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	7	5%	32	13%	39
QUIMIOTERAPIA	42	29%	73	30%	115
RADIOTERAPIA	13	9%	2	1%	15
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	1	1%	11	5%	12
ESPECIFICIDAD					
ONCOLOGÍA	9	6%	46	19%	55
PROTOCOLO	18	13%	31	13%	49
TAMOXIFENO	10	7%	14	6%	24
IMRT	13	9%	2	1%	15
CIRUGÍA MAMA	8	6%	7	3%	15
BIOPSIA	5	3%	9	4%	14
GAMAGRAFÍA ÓSEA	7	5%	7	3%	14
RADIOTERÁPICO	11	8%	2	1%	13
HEMOGRAMA, CREATININA, ELECTROLITOS, FOSFATASA					
ALCALINA	0	0%	13	5%	13
LETROZOL	6	4%	6	2%	12
Total	144	100%	294	100%	438

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Los resultados con respecto al comportamiento de las PQRSD, en los periodos antes y después de la llegada de la pandemia, evidencia que en la variable atributo de calidad, la categoría más frecuente, en el antes y después de la llegada de pandemia, con una proporción del 38% (55 registros) y 50% (146 registros) fue la categoría accesibilidad, el segundo atributo de calidad más frecuente antes de la pandemia, fue continuidad con un 35% (51 registros), mientras que en el periodo después del inicio de la pandemia, corresponde a oportunidad con un 26% (76 registros), demostrando que la percepción por parte de los usuarios en lo que corresponde a la atención por cáncer de mama, se centra en el acceso y oportunidad, comportamiento similar a lo demostrado por estudios que han identificado las diferentes barreras de atención en salud para la población con cáncer de mama (15).

Con respecto a la variable calificación del motivo en el periodo antes y después de pandemia, la categoría más frecuente fue la demora en prestación de servicio (47% y 29% respectivamente), la segunda categoría que más se presentó antes del inicio de la pandemia, fue la demora de autorización de servicios con un 29% (42

registros), mientras que en el periodo después la pandemia, corresponde a acceso a la EPS con un 28% (82 registros), guardando una relación con lo demostrado en algunos estudios que hablan sobre el acceso de la atención en salud en el territorio, resaltando las dificultades que imponen algunos aseguradores y proveedores en el modelo de competencia regulada, encontrando que las mayores dificultades eran la realización de trámites o el rechazo de la atención (15), ver tabla 5.

Tabla 5. Variables externas y dependiente, en el periodo antes y después de pandemia por SARS-CoV-2.

VARIABLES	Antes		Después		Total
	n=144	%	N= 294	%	
ESTADO					
CIERRE EFECTIVO	113	78%	283	96%	396
CIERRE NO EFECTIVO	0	0%	4	1%	4
CIERRE POR TRASLADO	0	0%	5	2%	5
DESESTIMIENTO TACITO	0	0%	2	1%	2
TRASLADO A SUPERSALUD	31	22%	0	0%	31
ATRIBUTO DE CALIDAD					
ACCESIBILIDAD	55	38%	146	50%	201
CONTINUIDAD	51	35%	47	16%	98
OPORTUNIDAD	34	24%	76	26%	110
PERTINENCIA	3	2%	12	4%	15
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	0	0%	1	0%	1
SEGURIDAD	1	1%	12	4%	13
CONDICIÓN DEL USUARIO					
AMBULATORIO	139	97%	277	94%	416
HOSPITALIZADO	3	2%	10	3%	13
URGENCIAS	2	1%	7	2%	9
CALIFICACIÓN DEL MOTIVO					
ACCESO A EPS	19	13%	82	28%	101
ACCESO A IPS	15	10%	55	19%	70
DEMORA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	42	29%	71	24%	113
DEMORA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO	68	47%	86	29%	154
TOTAL	144	100%	294	100%	438

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

8.2 Descripción de variables del usuario y variables externas, análisis de causas que afectan las variables de calidad en la atención de la población objeto de estudio

Al realizar el análisis de la variable clasificación del motivo y comparar con las variables sociodemográficas, se evidencia una asociación con la localidad, donde el 28,7% (29 registros) de los que manifestaron acceso a la EPS y el 24,3% (17 registros) de los que manifestaron acceso a IPS pertenecían a la localidad del Pondaje, ubica en la zona oriente del distrito de agua blanca, dentro de la información analiza, se observa en los usuarios que manifestaron demora en autorización de servicios corresponde al 26,5% (30 registros) y la demora en presentación de servicios que corresponde al 28,6% (44 registros), pertenecían a la localidad del cauca norte, la cual se ubica en la zona nororiente del distrito de Cali, identificando que estos casos pertenecen a zonas que históricamente han presentado acceso inequitativo en la ciudad, identificando que las mujeres de menores recursos económicos y afiliadas al régimen subsidiado, son las que pueden percibir mayores barreras de acceso (9).

Al analizar la categoría régimen de seguridad social, se evidencia que el 50,5% (51 registros) de los que manifestaron acceso a la EPS pertenecían al régimen contributivo, mientras que de los usuarios que manifestaron como motivo el acceso a las IPS, el 61,4% (43 registros) pertenecían al régimen subsidiado, el 59,3% (67 registros) de los que manifestaron demora en la autorización de servicios pertenecían al régimen contributivo, el 51.3% (79 registros) de los que manifestaron demora en prestación de servicios pertenecían al régimen subsidiado, lo cual fortalece la teoría ya explicada en algunos estudios sobre el tema de equidad en el acceso al tratamiento de cáncer de mama, donde han concluido que la atención oportuna de esta enfermedad puede estar determinada por una problemática de inequidad social (9) y la asociación del impacto tuvo la pandemia por COVID-19 en nuestro Sistema de Salud, ver tabla 6.

Tabla 6. Variables sociodemográficas y calificación de motivo

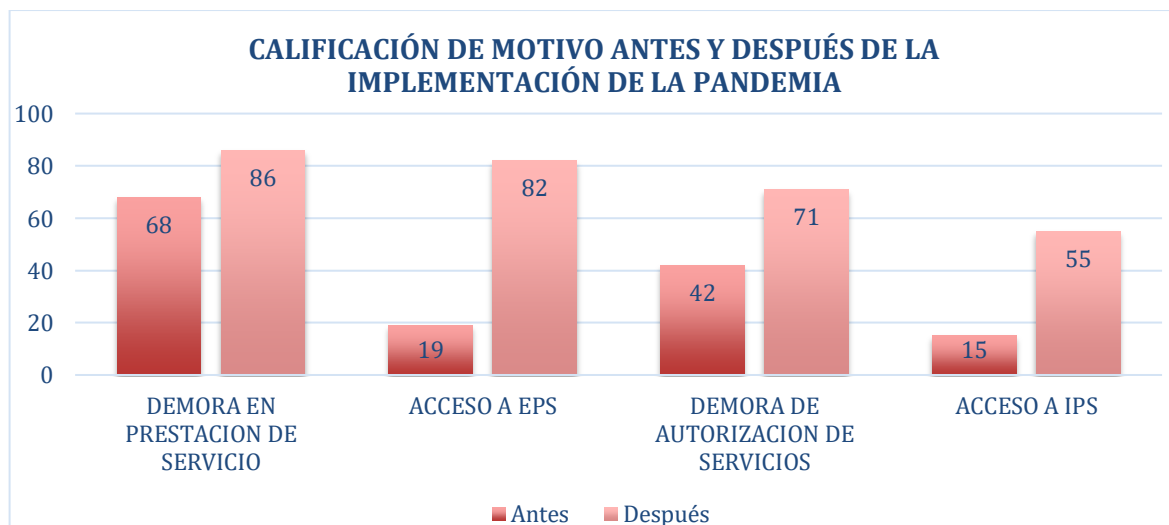
	ACCESO A EPS		ACCESO A IPS		DEMORA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS		DEMORA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO		TOTAL	CHI 2
	n	%	n	%	n	%	n	%		
EDAD										
18 a 26	1	1,00%	0	0,00%	1	0,90%	1	0,60%	3	0,322
27 a 59	68	67,30%	35	50,00%	72	63,70%	91	59,10%	266	
60 y más	32	31,70%	35	50,00%	40	35,40%	62	40,30%	169	
LOCALIDAD										
CAUCA NORTE	24	23,80%	8	11,40%	30	26,50%	44	28,60%	106	0,033
PONDAJE	29	28,70%	17	24,30%	20	17,70%	35	22,70%	101	
CAUCA SUR	23	22,80%	14	20,00%	28	24,80%	31	20,10%	96	
CAÑAVERALEJO	17	16,80%	12	17,10%	18	15,90%	22	14,30%	69	
PANCE LILI	5	5,00%	7	10,00%	9	8,00%	15	9,70%	36	
CALI AGUACATAL	3	3,00%	12	17,10%	8	7,10%	7	4,50%	30	
ESTRATO										
1	26	25,70%	12	17,10%	29	25,70%	34	22,10%	101	0,78
2	28	27,70%	27	38,60%	30	26,50%	47	30,50%	132	
3	33	32,70%	23	32,90%	42	37,20%	53	34,40%	151	
4	10	9,90%	6	8,60%	9	8,00%	9	5,80%	34	
5	4	4,00%	2	2,90%	3	2,70%	10	6,50%	19	
6	0	0,00%		0,00%	0	0,00%	1	0,60%	1	
SEGURIDAD SOCIAL										
CONTRIBUTIVO	51	50,50%	26	37,10%	67	59,30%	73	47,40%	217	0,14
SUBSIDIADO	50	49,50%	43	61,40%	44	38,90%	79	51,30%	216	
ESPECIAL	0	0,00%	1	1,40%	1	0,90%	2	1,30%	4	
NO ASEGURADO	0	0,00%		0,00%	1	0,90%	0	0,00%	1	
IPS										
H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	48	48%	24	34%	37	33%	45	29%	154	0
CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	13	13%	7	10%	13	12%	7	5%	40	
HEMATO-ONCÓLOGOS	7	7%	3	4%	18	16%	5	3%	33	
FUNDACIÓN VALLE DEL LILI	15	15%	3	4%	6	5%	6	4%	30	
RECUPERAR IPS	2	2%	7	10%	4	4%	15	10%	28	
CLÍNICA DE OCCIDENTE	4	4%	1	1%	7	6%	14	9%	26	
CENTRO MÉDICO IMBANACO	2	2%	2	3%	5	4%	5	3%	14	
CLÍNICA AMIGA	2	2%	1	1%	2	2%	5	3%	10	

INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUROCCIDENTE LTDA	1	1%	3	4%	0	0%	6	4%	10
IPS SANIDAD NS DE FÁTIMA	1	1%	0	0%	8	7%	0	0%	9

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Continuando con el análisis de resultados, se encuentra que la distribución del motivo con respecto al antes y después, se encontró que antes de la pandemia el atributo más frecuente fue la demora en la prestación del servicio con un 47%, este mismo comportamiento se presentó después de la pandemia con un 29%, al hacer la articulación con la llegada de la pandemia al distrito de Cali, se puede evidenciar la percepción de las pacientes sobre la calificación del motivo, se generaron más inquietudes con respecto a cómo realmente se está implementando las rutas de atención en el distrito, dado por la llegada de una pandemia por COVID-19 que no generó un cambio mayor en lo que respecta a la percepción de usuario en la atención de salud, esto se puede observar en la siguiente figura 5.

Figura 5. Descripción calificación del motivo, antes y después de la implementación de la pandemia



Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Al cruzar los atributos de calidad con las variables sociodemográficas, se evidencia que el 64,7% de las personas que calificaron accesibilidad tenían entre 27 a 59 años; no se encontró evidencia estadística para realizar asociación de los atributos de calidad con la edad; en cuanto a la localidad se analizó que el 25,9% de los que calificaron accesibilidad pertenecían a la localidad Cauca Sur, mientras el 25,5% de las personas que calificaron el atributo de continuidad, pertenecían a la zona del Pondaje; se observa que la localidad está asociada con los atributos de calidad (χ^2 , Valor $P = 0,02$), encontrando una correlación entre estas dos variables en lo que respecta a garantizar continuidad en la ruta de atención para las mujeres con cáncer de mama a nivel del distrito de Cali, en cuanto a la seguridad social se evidencia que el 58,7% de las personas que calificaron accesibilidad pertenecían al régimen contributivo, mientras el 54,1% de las personas que calificaron continuidad y el 59% de los que manifestaron como atributo la oportunidad pertenecían al régimen subsidiado, cabe resaltar que hay una asociación entre los atributos de calidad y la seguridad social (χ^2 , Valor $P = 0,05$), generando un escenario que ya se ha descrito en otras investigaciones en lo que corresponde a la percepción de acceso que puede tener la usuaria acorde a las variables recursos económicos, nivel educativo y régimen (9), lo anterior se evidencia en la tabla 7.

Tabla 7. Variables sociodemográficas y atributo de calidad

	ACCESIBILIDAD		CONTINUIDAD		OPORTUNIDAD		PERTINENCIA		SATISFACCION DEL USUARIO		SEGURIDAD		TOTAL	CHI 2
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
EDAD														
18 a 26	1	0,50%	2	2,00%	0	0%	0	0,00%	0	0%	0	0%	34	0,31
27 a 59	130	64,70%	54	55,10%	62	56%	9	60,00%	0	0%	11	85%	235	
60 y MAS	70	34,80%	42	42,90%	48	44%	6	40,00%	1	100%	2	15%	169	
LOCALIDAD														
CALI AGUACATAL	9	4,50%	11	11,20%	8	7%		0,00%	0	0%	2	15%	30	0,02
CAÑAVERALEJO	27	13,40%	22	22,40%	12	11%	6	40,00%	0	0%	2	15%	69	
CAUCA NORTE	50	24,90%	20	20,40%	32	29%	2	13,30%	0	0%	2	15%	106	
CAUCA SUR	52	25,90%	10	10,20%	29	26%	2	13,30%	1	100%	2	15%	96	
PANCE LILI	18	9,00%	10	10,20%	5	5%	3	20,00%	0	0%	0	0%	36	
PONDAJE	45	22,40%	25	25,50%	24	22%	2	13,30%	0	0%	5	38%	101	
ESTRATOS														
1	54	26,90%	11	11,20%	28	25%	4	26,70%	1	100%	3	23%	101	0,137
2	49	24,40%	35	35,70%	41	37%	3	20,00%	0	0%	4	31%	132	
3	74	36,80%	35	35,70%	34	31%	4	26,70%	0	0%	4	31%	151	
4	15	7,50%	8	8,20%	6	5%	3	20,00%	0	0%	2	15%	34	
5	9	4,50%	8	8,20%	1	1%	1	6,70%	0	0%	0	0%	19	
6	0	0,00%	1	1,00%	0	0%	0	0,00%	0	0%	0	0%	1	
SEGURIDAD SOCIAL														
CONTRIBUTIVO	118	58,70%	42	42,90%	43	39%	10	66,70%	0	0%	4	31%	217	0,05
ESPECIAL	0	0,00%	2	2,00%	2	2%	0	0,00%	0	0%	0	0%	4	
NO ASEGURADO	0	0,00%	1	1,00%	0	0%	0	0,00%	0	0%	0	0%	1	
SUBSIDIADO	83	41,30%	53	54,10%	65	59%	5	33,30%	1	100%	9	69%	216	
IPS														
H.U.V E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE EVARISTO GARCIA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	76	37,81%	33	30,00%	36	37%	1	6,67%	7	54%	1	100%	154	0
CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	28	13,93%	6	5,45%	3	3%	3	20,00%	0	0%	0	0%	40	
HEMATO- ONCOLOGOS	26	12,94%	3	2,73%	3	3%	1	6,67%	0	0%	0	0%	33	

FUNDACION VALLE DEL LILI	20	9,95%	2	1,82%	4	4%	2	13,33%	2	15%	0	0%	30
RECUPERAR IPS	3	1,49%	14	12,73%	9	9%	2	13,33%		0%	0	0%	28
CLINICA DE OCCIDENTE	11	5,47%	5	4,55%	8	8%	0	0,00%	2	15%	0	0%	26
CENTRO MEDICO IMBANACO	6	2,99%	4	3,64%	4	4%	0	0,00%	0	0%	0	0%	14
CLINICA AMIGA	3	1,49%	3	2,73%	4	4%	0	0,00%	0	0%	0	0%	10
INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUROCCIDENTE LTDA	1	0,50%	8	7,27%	0	0%	1	6,67%	0	0%	0	0%	10
IPS SANIDAD FATIMA	8	3,98%	0	0,00%	1	1%		0,00%	0	0%	0	0%	9
OTRAS	19	9,45%	32	29%	26	27%	5	33,33%	2	15%	0	0%	84
TOTAL	201	100%	98	100%	110	100%	15	100%	13	100%	1	100%	438

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Al analizar la categoría tratamiento de cáncer con la calificación del motivo, se evidencia que los usuarios que calificaron demora de autorización de servicio, el 40% pertenecen a la variable diagnóstico, sin embargo, se no se muestra asociación entre las dos variables al tener un $\chi^2 > 0.05$, ver tabla 8.

Al continuar con la revisión de resultados, se observa en la variable subgrupo la primera categoría fue quimioterapia, con un 32% (50 registros) manifestaron demora en prestación de servicios, la segunda categoría corresponde a especialista, con un 23% (36 registros) indicaron también demora en la prestación de servicio, la tercera categoría corresponde a la variable imagenología, con un 23% (26 registros) manifestando dificultad la demora en autorización de servicios, con lo anterior descrito nos muestra una realidad en lo que respecta a la percepción del paciente oncológico, la implementación efectiva de modelos que den respuesta a la necesidad en el momento en lo que respecta a garantizar acceso, la visión de las rutas integrales de las EPS y el real funcionamiento, la falta de caracterizar el paciente de manera diferencial, buscando impactar en garantizar que el acceso pueda ser el mismo para los individuos con iguales necesidades, pero también

diferente para grupos sociales con diferentes necesidades y requerimientos (39), ver tabla 8.

Tabla 8. Tratamiento cáncer, subgrupo y calificación del motivo, antes y después de la pandemia por COVID19.

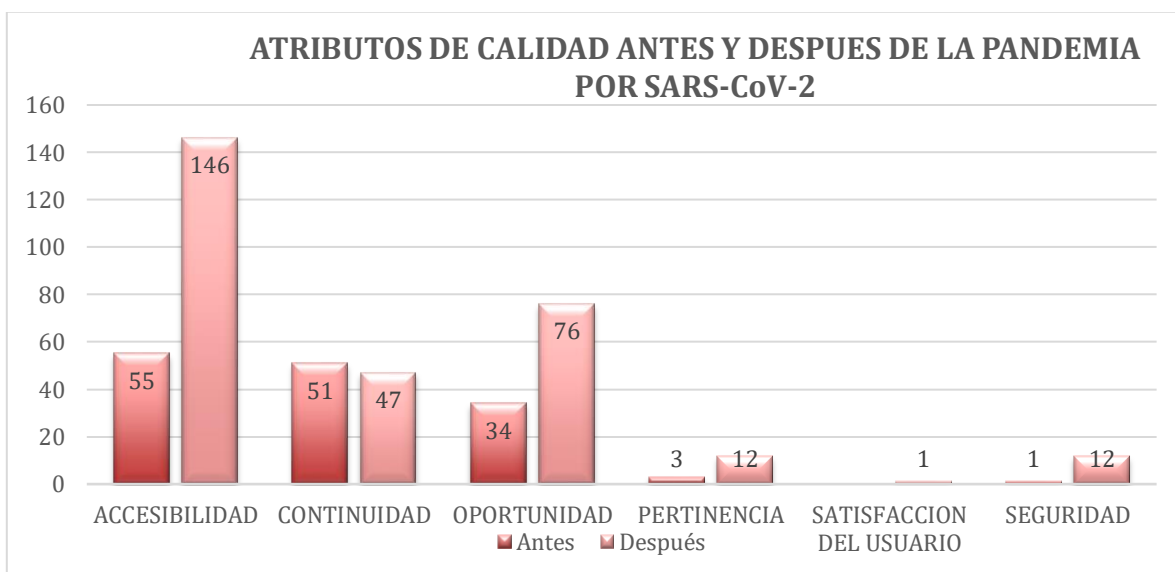
	ACCESO A EPS		ACCESO A IPS		DEMORA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS		DEMORA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO		Total	Chi 2
	n	%	n	%	n	%	n	%		
TRATAMIENTO CANCER										
ADMINISTRACION MEDICAMENTOS	31	31%	18	26%	29	26%	59	38%	137	0,18
DIAGNÓSTICO	38	38%	26	37%	45	40%	40	26%	149	
ORIENTACIÓN	2	2%	1	1%	1	1%	0	0%	4	
TERAPÉUTICO	30	30%	25	36%	38	34%	55	36%	148	
SUBGRUPO										
QUIMIOTERAPIA	28	28%	12	17%	25	22%	50	32%	115	0,01
ESPECIALISTA	22	22%	23	33%	25	22%	36	23%	106	
IMAGENOLOGÍA	18	18%	13	19%	26	23%	31	20%	88	
OTROS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS	8	8%	9	13%	13	12%	9	6%	39	
OTROS FÁRMACOS	3	3%	5	7%	3	3%	5	3%	16	
CIRUGÍA	0	0%	0	0%	5	4%	10	6%	15	
RADIOTERAPIA	4	4%	0	0%	8	7%	3	2%	15	
GENÉTICA	9	9%	2	3%	4	4%		0%	15	
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	4	4%	2	3%	0	0%	6	4%	12	
HISTOPATOLOGÍA	3	3%	2	3%	2	2%	0	0%	7	
NUTRICIÓN	0	0%	1	1%	1	1%	4	3%	6	
APOYO	2	2%	1	1%	1	1%	0	0%	4	
Total	101	100%	70	100%	113	100%	154	100%	438	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Dentro del análisis, se observó que al comparar los atributos de calidad tomando como punto de partida la llegada de la pandemia y marco normativo en Marzo 2020, caracterizar un antes y un después, se evidenció que el atributo de mayor frecuencia fue el de accesibilidad, pasando de una proporción de 28,3% (antes), a 49,6% (después), reforzando la teoría que se ha evidenciado en la literatura, con respecto a que una de las mayores dificultades que se presentan en el Sistemas de Salud,

en especial en patologías de alto costo corresponde a la accesibilidad a la ruta de atención en salud, esto se evidencia en la figura 6:

Figura 6. Descripción atributos de calidad antes y después de la pandemia por SARS-CoV-2



Fuente: elaboración propia con base en los resultados

8.3 Identificación de las variables de calidad afectadas durante la atención de mujeres con cáncer de mama durante el COVID-19 acorde al modelo oncológico y marco normativo

Al realizar la revisión del atributo de calidad con la variable tratamiento de cáncer, se evidencia que el 59% de los registros de usuarios que calificaron continuidad, el tratamiento de cáncer estaba relacionado con la administración de medicamentos, el 39% de los registros usuarios calificaron accesibilidad, el tratamiento de cáncer estaba relacionado con diagnóstico, se evidencia que hay una asociación entre el atributo de calidad y tratamiento de cáncer (Valor P, $\chi^2=0$), indicando que uno de los mayores impactos que se presentó en la ruta del paciente con cáncer de mama antes y después de la pandemia por COVID-19, corresponde a la administración de

medicamentos asociado con el subgrupo de quimioterapia, se debe tener presente todas las dificultades que se presentaron durante la pandemia entre las cuales se resalta dificultad para transporte de moléculas, dificultad para entrega de medicamentos en domicilio, falta de insumos para preparación de quimioterapia, de igual forma se describe que las quimioterapias que presentaron más dificultades fueron la categoría protocolo (definido como los que se aplican en sala de quimioterapia ambulatoria), orales como tamoxifeno y letrozol que son medicamentos de bajo costo, gran impacto en el tratamiento y sobrevida del paciente.

Al continuar con el análisis, encontramos las variables subgrupo de servicios y la calificación del atributo de calidad, se evidencia que los usuarios que calificaron el atributo de accesibilidad pertenecen la categoría especialista con un 25% e imagenología con un 21%, hay una asociación entre el atributo de calidad y la variable subgrupo (Valor P, $\chi^2=0$), también se debe resaltar la dificultad presentada durante la pandemia, en lo que respecta a la implementación de protocolos a nivel de las instituciones de salud en la ciudad para dar cumplimiento al marco normativo, que exigía a todos los operadores en salud el cumplimiento del distanciamiento y las medidas de bioseguridad, lo cual generó demoras en programaciones y aumento en los tiempos para oportunidad en la programación de los diferentes servicios solicitado asociados a imágenes, se describe que los exámenes de imágenes que más presentaron solicitudes según la categoría especificidad se concentran en gammagrafía ósea, tac tórax, ecocardiograma, ecografía mama y abdomen, ver tabla 9.

Tabla 9. Variables tratamiento cáncer, subgrupo y atributo de calidad

	SATISFACC												Total	Chi 2
	ACCESIBILIDAD		OPORTUNIDAD		CONTINUIDAD		PERTINENCIA		SEGURIDAD		IÓN DEL USUARIO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
TRATAMIENTO CANCER														
ADMINISTRACIÓN	54	27%	16	15%	58	59%	2	13%	7	54%	0	0%	137	
MEDICAMENTOS	78	39%	50	45%	15	15%	5	33%	1	8%	0	0%	149	
DIAGNÓSTICO	1	0%	1	1%		0%	1	7%	0	0%	1	100%	4	
ORIENTACIÓN	68	34%	43	39%	25	26%	7	47%	5	38%	0	0%	148	0
TERAPÉUTICO														
SUBGRUPO														
ESPECIALISTA	50	25%	34	31%	15	15%	3	20%	4	31%	0	0%	106	
IMAGENOLOGÍA	42	21%	32	29%	11	11%	2	13%	1	8%	0	0%	88	
OTROS														
PROCEDIMIENTOS	23	11%	13	12%	3	3%	0	0%	0	0%	0	0%	39	
MÉDICOS														
OTROS FÁRMACOS	8	4%	4	4%	4	4%	0	0%	0	0%	0	0%	16	
CIRUGÍA	6	3%	3	3%	4	4%	1	7%	1	8%	0	0%	15	
RADIOTERAPIA	10	5%	2	2%	3	3%		0%	0	0%	0	0%	15	
GENÉTICA	9	4%	3	3%	1	1%	2	13%	0	0%	0	0%	15	
SERVICIOS														
COMPLEMENTARIOS	2	1%	4	4%	3	3%	3	20%	0	0%	0	0%	12	
HISTOPATOLOGÍA	4	2%	2	2%	0	0%	1	7%	0	0%	0	0%	7	
NUTRICIÓN	0	0%	0	0%	4	4%	2	13%	0	0%	0	0%	6	
APOYO	1	0%	1	1%	0	0%	1	7%	0	0%	1	100%	4	0
Total	201	100%	110	100%	98	100%	15	100%	13	100%	1	100%	438	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Al analizar las categorías calificación del motivo y los atributos de calidad, en el periodo antes del inicio de la pandemia, de los 144 registros de usuarios, se describe que el atributo más frecuente fue el de accesibilidad (55 registros), de los cuales el 62% de las usuarias dijeron que presentaron demora de autorización de los servicios. El segundo atributo más frecuente fue la continuidad (51 registros), de los cuales el 76,4% dijeron que, por demora en la prestación del servicio, entre el motivo y los atributos de calidad se evidencia una asociación (Chi2, Valor p=0), esto se puede relacionar con lo descrito en la literatura sobre acceso a los servicios de salud, indicando que la garantía de acceder a servicios de salud puede estar vinculado con lo que se denomina “determinantes básicos de la salud” (39), pero

este no estaría dando cumplimiento mientras no se logre identificar los hitos en la ruta de atención integral del paciente con cáncer de mama, se generen cambios rápidos y efectivos sobre puntos críticos como accesibilidad y oportunidad identificados en el periodo antes de la pandemia, se puede observar en la tabla 10:

Tabla 10. Atributo de calidad y calificación del motivo antes de la pandemia

	ACCESO A EPS	ACCESO A IPS	DEMORA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	DEMORA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO	Total	CHI 2
ACCESIBILIDAD	15	5	34	1	55	0
CONTINUIDAD	3	3	6	39	51	
OPORTUNIDAD	0	6	1	27	34	
PERTINENCIA	1	1	0	1	3	
SEGURIDAD	0	0	1	0	1	
Total	19	15	42	68	144	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

En lo que respecto al análisis de las calificaciones de motivo con los atributos de calidad después del inicio de la pandemia, se evidencia que el atributo más frecuente fue el de accesibilidad (146 registros), donde el 46% de los usuarios indicaron fallas en el acceso a la EPS, y el 40% indicaron demora en autorización de servicios. El segundo atributo más frecuente fue la oportunidad (76 registros), donde el 53% indicaron la variable acceso a la IPS, se confirma que entre el motivo y los atributos de calidad se evidencia una asociación (Chi2, Valor p=0), lo anterior nos muestra como el Sistema de Salud ante la llegada de un evento como la pandemia por COVID-19, genera cambios significados en la percepción del usuario sobre su sistema, generando que los puntos críticos que no han podido dar solución en tiempos anteriores, se puedan presentar con mayor frecuencia como en la categoría accesibilidad y el acceso a las EPS, demostrando la dificultad en la implementación de sistemas no presenciales para los pacientes con cáncer de mama por parte de los aseguradores, donde aún se debe realizar toda la gestión de ordenamientos directamente en un punto físico, pero con el marco normativo de restricción para salir de la casa, ocasiono que se aumenta el nivel de solicitudes en

aquellas que no estaban con modalidad virtual para dar respuesta a los pacientes, en lo que respecta a la categoría oportunidad y el acceso a la IPS, nos vuelve a confirmar que durante el evento de pandemia, las instituciones prestadoras de salud presentaron dificultades para garantizar el acceso a los pacientes para la continuidad en el tratamiento, como resultado la percepción del paciente se vio reflejada en el aumento de solicitudes por este motivo a nivel de servicio de atención a la comunidad de la SSPD de Cali, esto se puede observar en la tabla 11.

Tabla 11. Atributo de calidad y calificación del motivo después de la pandemia por SARS-CoV-2

	ACCESO A EPS	ACCESO A IPS	DEMORA DE AUTORIZACION DE SERVICIOS	DEMORA EN PRESTACION DE SERVICIO	Total	CHI 2
ACCESIBILIDAD	67	9	58	12	146	0
CONTINUIDAD	5	2	6	34	47	
OPORTUNIDAD	2	40	5	29	76	
PERTINENCIA	4	1	2	5	12	
SATISFACCION DEL USUARIO	1	0	0	0	1	
SEGURIDAD	3	3	0	6	12	
Total	82	55	71	86	294	

Fuente: elaboración propia con base en los resultados

Al describir y analizar la categoría atributos de calidad y calificación del motivo, una revisión durante 2 años seguidos, se obtuvo un total de 438 registros, antes y después de pandemia, donde se logró observar que el atributo más frecuente fue el de accesibilidad en 201 registros, donde el 21%, de las usuarias dijeron que, por demora de autorización de los servicios, el 19% indicaron acceso a la EPS. El segundo atributo más frecuente fue la oportunidad con 110 registros, donde el 13% indicaron por la demora en la prestación del servicio, el tercer atributo más frecuente fue la continuidad en 98 registros, donde el 17% de las usuarios indicaron también presentaron demora en prestación de servicio; se aclara que entre el motivo y los

atributos de calidad se evidencia una asociación (Chi2, Valor $p=0$), en este punto se debe realizar un trabajo importante sobre los hallazgos descritos, dada la importancia de generar articulación entre los actores de la ruta de atención, partiendo de la percepción de las personas con respecto a su actual situación en la atención del cáncer de mama a nivel del distrito de Cali, y la respuesta que obtienen de nuestro Sistemas de Salud, lo que hace importante generar estudios enfocados en los factores que influyen en la atención de salud, ya descritos en la actual investigación, y generar un mayor nivel analítico de las variables y asociaciones más fuertes en lo que respecta atención en salud asociadas a la patología con cáncer de mama, ver tabla 12.

Tabla 12. Atributo de calidad y calificación del motivo, antes y después la pandemia por SARS-CoV-2

	ACCESO A EPS	ACCESO A IPS	DEMORA DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS	DEMORA EN PRESTACIÓN DE SERVICIO	Total	CHI 2
ACCESIBILIDAD	82	14	92	13	201	0
CONTINUIDAD	8	5	12	73	98	
OPORTUNIDAD	2	46	6	56	110	
PERTINENCIA	5	2	2	6	15	
SATISFACCION DEL USUARIO	1	0	0	0	1	
SEGURIDAD	3	3	1	6	13	
Total	101	70	113	154	438	

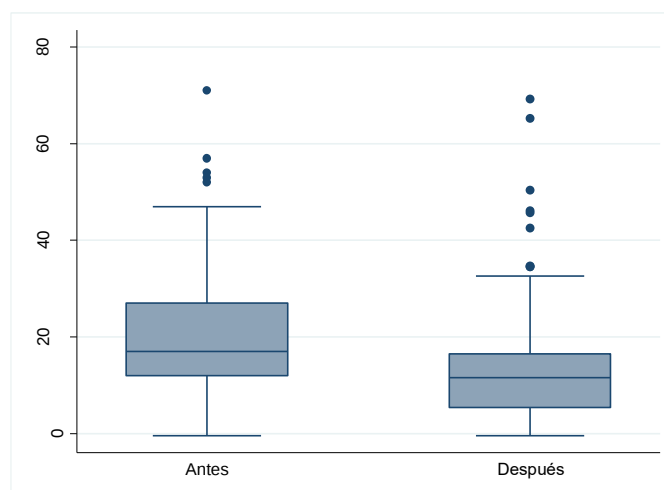
Fuente: elaboración propia con base en los resultados

8.3.1 Oportunidad entre la apertura del caso y el cierre del caso

Como parte del análisis de los datos, se realizó la medición en lo que respecta a los cierres de los casos que se obtuvieron en la fuente de base secundarias, se lograron identificar que el 25% de los casos antes de la implementación de Resolución 521 de 2020 se demoraban 20 días o menos entre la apertura y el cierre, mientras en el periodo después de la implementación del marco normativo, el 25% de los casos la

oportunidad paso a ser 12 días o menos, esto indica que se logró mejorar durante el desarrollo de la pandemia la respuesta de las instituciones, sin embargo también se encontró que a pesar de tener un marco normativo como la Resolución 521 de 2020, que daba lineamientos para la continuidad en la atención de pacientes con cáncer en tratamiento activo, no se evidencio en la disminución de las solicitudes, fue al contrario, un aumento de las mismas ante el ente de control, lo cual puede demostrar la dificultad que tenemos en lograr implementar rápidamente un marco normativo, la fragmentación que tenemos en la red de prestación para la paciente con cáncer, la necesidad de fortalecer modelos y rutas de atención para garantizar acceso, continuidad y oportunidad en la atención de la población con cáncer de mama, como se describe es una investigación en Cali, donde identificaban las dificultades que se presentan en el modelo de atención para las mujeres con cáncer de mama y el acceso al tratamiento (45), se hace necesario articular y garantizar una red integral de atención del paciente con cáncer de mama, ver figura 7.

Figura 7. Oportunidad entre la apertura y cierre del caso, antes y después de pandemia por SARS-CoV-2



Fuente: elaboración propia con base en los resultados

9 DISCUSIÓN

Con la llegada de la pandemia por SARS-CoV-2, el modelo de atención oncológica para el distrito de Cali, demostró la diferentes falencias que existe con respecto al acceso del paciente con cáncer de mama, en especial, categorías como quimioterapia y consulta por especialistas fueron las más afectadas, pese a tener un marco normativo que buscaba garantizar la continuidad de los servicios en salud, lo cual coincide con lo descrito por Vargas, Vásquez y Mogollón (15), quienes también resaltan las dificultades desde la visión de acceso en la atención en salud en el territorio, resaltando que algunos aseguradores y proveedores imponen su modelo de competencia regulada, indiferente del tipo de patología.

Piñeros y Sánchez (11), demostraron que en países como Colombia, el cáncer de mama es un problema de salud pública, y uno de los factores críticos corresponde, a la oportunidad con la que se instauran los tratamientos, que coincide con lo encontrado durante la investigación, en donde las variables de calidad que tuvieron mayor impacto fueron accesibilidad y oportunidad, y una asociación con la variable calificación del motivo, donde las categorías acceso a EPS y acceso a IPS, fueron las más afectadas con la llegada de la pandemia, generando dificultades para garantizar el tratamiento del paciente con cáncer de mama, impactando en su sobrevida, y aumentando la demora en el diagnóstico e inicio de tratamiento.

La investigación confirmó, con la llegada de la pandemia, el régimen que tuvo mayor impacto en registro de usuarios con PQRSD fue el subsidiado, la variable de calidad que presentó asociación significativa en esta categoría fue oportunidad, junto con las categorías diagnóstico y terapéutico, lo cual coincide con lo descrito por Sánchez, Laza y Estupiñán (9) en su investigación demostraron que la pobreza, la falta de educación, la falta de servicios básicos incrementa el riesgo de no continuidad en el tratamiento, sumando la falta de respuesta y seguimiento por parte del asegurador para garantizar articulación del servicio con su red prestadora.

Mosella, Sepúlveda y Toledo (44), analizaron durante la pandemia por COVID-19 desde Chile, encontraron que la misma generó un estancamiento mundial en la atención y resolución de todas las patologías graves y crónicas, debido al colapso de los sistemas de salud, a la dificultad de consulta, dada por la disminución de movilidad de las personas por las cuarentenas establecidas y también por el temor de los pacientes al contagio en los centros de salud, ellos encontraron que los enfermos con cáncer de mama fueron parte de las poblaciones afectadas, dado por las cancelaciones de sus atenciones, suspendidos o postergado sus tratamientos y diferidas sus cirugías, lo cual coincide con lo encontrado durante la investigación donde la variable atributo de calidad presento 201 registros de usuarias asociado a la accesibilidad, de la misma el 21%, de las usuarias dijeron que asocio a la demora de autorización de los servicios, el 19% indicaron que era por acceso a la EPS, otros 110 registros corresponden a la segunda causa que es el atributo de oportunidad, del mismo el 13% de las usuarias indicaron que era por la demora en la prestación del servicio, demostrando la dificultad para la implementación de normativas, con el fin de impactar en la sobrevivencia de las pacientes con cáncer de mama.

Ayala J. (13), realizó investigación sobre la salud en Colombia, más cobertura pero menos acceso, encontraron que en algunas ocasiones, se ignora la existencia de barreras relacionadas con la demanda de salud, como la falta de dinero, o el desconocimiento de la red de atención, que impiden que las personas utilicen los servicios médicos adecuadamente, lo que coincide con lo encontrado en la investigación, con respecto a la variable tratamiento en cáncer, la cual destacan dos categorías diagnóstico y terapéutico, de las cuales tienen asociación significativa con las categorías acceso y la oportunidad, demostrando la falta de articulación de modelos exitosos entre las EPS e IPS, que permitan garantizar la continuidad en la prestación de servicios.

Andersen, Aday y colegas (35), reconocen que los servicios de salud están diseñados para mantener y mejorar el estado de salud, que se deben tener en cuenta unos determinantes primarios, las características de la población, el sistema de Salud y el ambiente externo, lo cual conlleva a prácticas individuales en salud para el cumplimiento de metas, sin embargo lo encontrado durante la investigación es completamente diferente, dado que el actual modelo oncológico y su ruta de atención, no dieron respuesta ante la llegada de una pandemia, ni con un marco normativo para garantizar la atención, como resultado se presentó aumento en las PQRSD con respecto a variables sensibles del modelo oncológico como lo son diagnóstico y tratamiento, esto nos muestra que debemos fortalecer el modelo en garantizar la prevención de la enfermedad.

En comparación con la investigación de Chicaiza Daza y Tobar Blandón (45), que realizaron sobre el acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EPS en Cali durante el año 2019, pudieron demostrar que con una adecuada articulación de modelo prestacional en la entrega de los medicamentos, se puede garantizar la continuidad en el tratamiento, pero este resultado es completamente diferente a lo evidenciado en la investigación, dado que una de las variables que presentó aumento en PQRS correspondió a la categoría administración de medicamentos, con afectación de las moléculas como letrozol o tamoxifeno para la entrega en domicilio, como lo indicaba la normatividad en su momento, generando demora en la continuidad del tratamiento y subsecuente progresión de la enfermedad.

Con Vidagany, Córcoles, Martínez (46), se logró investigar como la pandemia obligo a reorganización de los recursos tanto humanos como materiales, dada la saturación del sistema sanitario, ellos hablaron desde su experiencia en la variable cirugía del cáncer de mama durante el evento de pandemia, indicaron que pudieron asegurar el tratamiento en las mujeres con cáncer de mama a través de la implementación de protocolos para la cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama, en comparación con lo encontrado durante la investigación, se pudo

determinar que la variable terapéutico, tuvo un impacto negativo en garantizar la continuidad en la población de mujeres con cáncer, al punto que en varios momentos del año, se emitieron alertas naranjas para tema del uso quirófano, obligando al modelo de atención a diferir los procedimientos quirúrgicos, aumentando la probabilidad de disminuir la sobrevida en las pacientes que no se logró garantizar su tratamiento a tiempo.

Se describen algunas de las limitaciones tanto operativas como metodológicas, que han sido descritas durante todo el documento, dentro de las operativas se resalta que la base de datos no permite la trazabilidad de los casos, las fallas en la información consignada de algunas variables de la base de datos, también los datos ingresados de manera errada de algunas solicitudes, la necesidad de realizar minería de datos junto con la depuración de variables totalmente incompletas, los cambios en las variables durante el tiempo de análisis del estudio entre los años descritos, la falta de variables que permitan la medición del riesgo y toma decisiones sobre la solicitud del usuario, no presenta variable para consignar el estadio clínico con lo cual se podría saber la severidad de la enfermedad. En la limitación metodológica corresponde al módulo de la plataforma SAC 24 horas, la falta de discriminación entre acudiente o familiar, falta de desarrollo variables que permitan un adecuado seguimiento, falta desarrollar en plataforma la posibilidad de ingresar varias solicitudes con un solo número de caso, mejorar la calidad del dato consignado por parte de los funcionarios del SAC.

Como cierre, se puede concluir sobre la situación de acceso a la atención del cáncer de mama durante la emergencia por SARS-CoV-2, y acorde a los hallazgos encontrados sobre las PQRSD, se logró evidenciar las dificultades que tienen la adecuada implementación de un marco normativo, la falta de articulación del modelo de atención en cáncer con la red de prestación ante una emergencia, se debe garantizar puntos críticos en cáncer como la oportunidad diagnóstica y acceso al inicio de tratamiento, con la finalidad de garantizar resultados en salud, calidad en

la atención, para impactar significativamente en la sobrevivencia del paciente con cáncer.

10 CONCLUSIONES

- Actualmente existe en Colombia un marco normativo para los pacientes oncológicos, pero con la llegada de la pandemia y la toma de decisiones para garantizar la atención ambulatoria de la población oncológica, se demostró que solamente entregar una normatividad no es suficiente, dado que se debe crear junto con la norma el modelo para su adecuada implementación y ejecución a cada territorio.
- Se debe lograr que el servicio de atención a la comunidad – SAC, pueda mejorar su sistema de información, con la finalidad de lograr garantizar la trazabilidad por caso, y a futuro pueda profundizar más en el análisis, la gestión administrativa de cada usuario, el direccionamiento, coordinación y evaluación, con la finalidad de poder formular modelos preventivos en la atención del paciente oncológico.
- El estudio confirma que las fallas de atención en las pacientes con cáncer de mama, se incrementaron a pesar del marco normativo entregado por el gobierno, lo cual demostró los puntos que debemos fortalecer para garantizar modelos de salud integrales y efectivos, que puedan garantizar impactar en los dos hitos fundamentales de la atención en salud del paciente con cáncer, que corresponden a la oportunidad diagnóstica y al acceso del 1er tratamiento.
- Se debe generar estrategias para fortalecer el diagnóstico y tratamiento oportuno, desde la solicitud del usuario realizar un seguimiento a corto plazo mediante la navegación oncológica, con el fin de generar un nodo articulador

entre la EPS – IPS y el ente de control como padrino del paciente, con lo cual se buscaría minimizar desviaciones en la ruta, y mejorar los procesos administrativos en salud.

- Con la investigación se logró concluir que, en la actual ruta de atención del paciente oncológico, continúa siendo en gran porcentaje presencial para todo el tema de autorizaciones o solicitudes, dado el evento de pandemia y marco normativo, se debe reformular el modelo de atención, logrando que todo pueda ser un trámite interno entre la EPS y la IPS, para optimizar los tiempos y movimientos en lo que respecta a la prestación del servicio.
- Debemos fortalecer los mecanismos de seguimiento en las variables destacadas en el estudio como lo son acceso, continuidad y oportunidad, generar herramienta tipo lista de chequeo en línea, que permita identificar oportunamente desviaciones en la ruta, en tiempo real y se pueda tomar decisiones con la finalidad de garantizar el acceso del paciente al sistema de salud.

11 RECOMENDACIONES

- **Desarrollar:** Semilleros de investigación enfocados hacia los estudios que evalúen el acceso a los servicios de salud, en los cánceres priorizados actualmente por el ministerio de salud y plan decenal de salud 2022-2031. Se debe realizar un abordaje con metodología cualitativa y cuantitativa, usando de referente las diferentes bases que se manejan a nivel de las instituciones en el distrito de Cali.
- **Continuar:** El aporte al campo de la administración en salud, enfocados en los procesos de planificación, direccionamiento y calidad en la atención de salud, dado por los resultados obtenidos que afectan de forma directa procesos de planificación, direccionamiento, calidad y control en la gerencia de servicios de salud.
- **Generar:** Conocimiento y fortalecer los sistemas de información a través de la creación de plataformas, herramientas de seguimiento, para lograr una adecuada toma de decisiones, dada la importancia de los datos, con el fin de lograr proyectos de alcance colectivo e individual, que impacte el sistema de salud.
- **Promover:** Espacios para otras investigaciones que permitan continuar con lineamientos de promoción y prevención de la salud, creación de simposios para el intercambio de conocimiento

Los resultados de esta investigación podrán ser publicados para que puedan ser referentes de análisis en contextos similares.

12 BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. (Feb. 16, 2015).
2. Colombia. Gobierno Nacional. Ley 1933 de 2018 por medio de la cual se categoriza al municipio de Santiago de Cali como Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios. Diario Oficial, 50.672 (Ago. 6, 2018).
3. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Resolución No. 054 de 2017 por la cual se reglamente el trámite interno de las peticiones, quejas y reclamos, sugerencias y denuncias en el Departamento Administrativo de la Función Pública. (Ene. 30, 2017).
4. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 521 de 2020 por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. (Mar. 28, 2020).
5. Instituto Nacional del Cáncer – NIH. Estadísticas del Cáncer [internet]. 2020 sept [Consultado 22 may 30] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas>.
6. World Health Organization. Cancer today [internet]. 2020 dic [Consultado 22 may 30] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>.
7. World Health Organization. Cancer today, para Colombia [internet]. 2021 mar [Consultado 22 may 30] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia>.

8. Julios MM. Disposiciones generales. No. 162. Boletín de las Canarias; 2006.
9. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C, Estupiñán L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2014; 32(3): 305-313.
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3687 de 2016 Por la cual se reglamenta el trámite de las peticiones, quejas, reclamos, denuncias, felicitaciones y solicitudes de acceso a la información que se formulen al Ministerio de Salud y Protección Social. (Ago. 17, 2016).
11. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. Salud Publica Mex. 2011; 53: 478-485.
12. World Health Organization. Cancer today, para Perú [internet]. 2021 mar [Consultado 22 may 30] Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru>.
13. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. 2014; 204.
14. Arrivillaga M, Aristizábal JC, Pérez M y Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit. 2016; 30(6): 415–420.
15. Vargas I, Vázquez ML, Mogollón AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública. 2010; 12 (5): 701 – 712.
16. Leuro YM, Mayorga PA. Lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997 - 2007. IPS Javesalud, Bogotá D.C. [Trabajo de grado presentado en Enfermería] Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

17. Urquiza JA. Cáncer de mama. En: Departamento Académico de Cirugía. Cirugía: I Cirugía General. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_i/Cap_25-2_C%C3%A1ncer%20de%20Mama.htm.
18. Arce C, Bargalló E, Villaseñor Y, Gamboa C, Lara F, Pérez V, Villarreal P. Cáncer de mama. Instituto Nacional de Cancerología. San Fernando. 22(16): 78-86.
19. Ministerio de Salud Protección Social de Colombia. Glosario de términos. [consultado 2023 may 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/AllItems.aspx?View=%7B227ca092-a1ca-46fb-aaf6-2b5986093d90%7D&SortField=Origen&SortDir=Asc>
20. Henao A, Vergara M. La escala BI-RADS y su valor predictivo en mamografía: un análisis de la rutina clínica. Clínica del Country. 2014; 4(1): 19 – 22.
21. Instituto Nacional del Cáncer – NIH. Diccionario de cáncer. [Consultado 2022 may 30] Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/carcinoma-in-situ>.
22. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades – CDC. Cáncer de mama en los hombres [Internet]. 2021 sept [Consultado 22 may 30]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/men/index.htm#:~:text=El>.
23. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología – ESE. Plan Decenal para el Control en Colombia, 2012-2021. Bogotá. 2012.
24. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Tesis doctoral en

Salud Pública y metodología de la Investigación Biomédica] Bellatera: Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.

25. de las Peñas MD, Muñoz J, Montero A, et al. Tecnología y técnicas recomendadas en la irradiación externa del cáncer de mama. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2013; 26(4): 138 – 145.
26. 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, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama. Colombia. 2013; Guía No. 19.
27. Cuenta de Alto Costo – CAC. Indicadores prioritarios para la medición, evaluación y monitoreo de la gestión de riesgo por parte de aseguradores y prestadores en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. 2016.
28. Ministerio de Salud y Protección social. Página Oficial. [Internet] Bogotá: MinSalud. [Consultado 2022 May 30] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCION-EN-SALUD.aspx#:~:text=Accesibilidad%3A%20Posibilidad%20que%20tiene%20el,su%20vida%20o%20su%20salud.>
29. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1388 de 2010 por el Derecho a la Vida de los niños con cáncer en Colombia. (May. 26, 2010).
30. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010 - Ley Sandra Ceballos por la cuál se establecen las acciones para la atención integral del cancer en Colombia. (Abr. 19, 2010).
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3339 de 2019 por la cual se establece e implemente el mecanismo de cálculo y distribución de

los recursos de la UPC para las Empresas Promotoras de Salud - EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar - EOC, para los cánceres priorizados. (Dic. 11, 2019).

32. Candelo J. Barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los usuarios de un programa de VIH en mayores de 18 años en una institución de salud de Cali año 2020 [Proyecto de Investigación para Magíster en Administración en Salud]. Cali: Universidad del Valle; 2020.
33. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. (Dic. 21, 2001).
34. López LV, Ortega MC. Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado Hospital Engativá 2016. [Monografía de especialización en Auditoría de Salud] Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2016.
35. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research. 1974; 208 – 220.
36. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (Oct. 4, 1993).
37. Valle del Cauca, Colombia. Acuerdo No. 006 de 2012 por la cual se modifica y adiciona el Acuerdo 023 de 2003 del Consejo Superior Estatuto de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle. (Julio 6 de 2012).
38. Colombia. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1582 de 2012 por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. (Oct. 17, 2012).

39. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970 – 2013. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(5).
40. OCDE. Panorama de la Salud 2021: Indicadores de la OCDE. París: OCDE Publishing; 2021.
41. Registro poblacional de cáncer de Cali -RPCC. Tasas de incidencia media anual específicas por edad, crudas y estandarizadas por 100.000 per-año [Internet]. Mujeres 2013 -2017 [consultado 2023 jun 24]. Disponible en: <http://rpcc.univalle.edu.co/index.php/advanced-stuff/incirate/tasa-incidencia-tabla>.
42. Registro poblacional de cáncer de Cali -RPCC. Tasas de mortalidad media anual específicas por edad, crudas y estandarizadas por 100.000 per-año [Internet]. Mujeres 2016 -2020 [consultado 2023 jun 24]. Disponible en: <http://rpcc.univalle.edu.co/index.php/advanced-stuff/mortrate/tasas-mortalidad-tabla>
43. Chiavenato, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración, séptima edición. Elsevier. 2003; 10 (1): 1 - 43.
44. Mosella F., Sepulveda H., Saffie V., Toledo M., Viñaspre A., Berrios L., Uribe O., Escobar O. Manejo del cáncer de mama en tiempos de pandemia COVID-19: experiencia local. Rev Chil Obstet Ginecol 2020; 85; Suplemento N°1: S16 – S22.
45. Chicaiza Daza., Blandón Tobar. Condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una Empresa Administradora de planes de beneficio - Regional Cali - 2019. [Internet]. Colombia: Universidad del Valle; 2021 [consultado 2023, junio]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/21699>.

46. Estellés Vidagany, N., Córcoles Córcoles, M., Martínez García, M. R., Martínez López, E., Garrigós Ortega, G., & Escudero de Fez, M. D. Experiencia de la cirugía del cáncer de mama durante la pandemia de COVID-19. [Internet]. Revista de Senología y Patología Mamaria; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.senol.2021.07.002>