



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**LA OPORTUNIDAD DIAGNOSTICA EN LA GESTIÓN DE RIESGO Y EL DESENLACE
DEL TRATAMIENTO, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CANCER DE
PRÓSTATA DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE,
DURANTE EL AÑO 2018**

JUAN CARLOS MARTÍNEZ ABADÍA

CÓDIGO: 1803553

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
2021**

**LA OPORTUNIDAD DIAGNOSTICA EN LA GESTIÓN DE RIESGO Y EL DESENLACE
DEL TRATAMIENTO, EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y CANCER DE
PRÓSTATA DEL RÉGIMEN ESPECIAL DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE,
DURANTE EL AÑO 2018**

**JUAN CARLOS MARTÍNEZ ABADÍA
CÓDIGO: 1803553**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL
TÍTULO DE MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

**DIRECTOR DEL PROYECTO
DR. LUIS EDUARDO BRAVO OCAÑA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD**

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
2021

Nota de Aceptación

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sinceros agradecimientos:

1. A Dios y la virgen María por ser mis guías día a día de todo lo que hago.
2. A mi esposa María Fernanda quien me impulso hacer la maestría, fue mi apoyo y quien me dio esa energía positiva para terminar este proyecto.
3. A mi hija Valentina, mi luz, quien siempre me impulso a terminar este trabajo de investigación.
4. A mis padres Jorge y Chavita que donde estén, sé que estuvieron conmigo en este proceso, hasta en mis trasnochos.
5. A mis docentes por transmitir su conocimiento para que seamos cada día mejores profesiones en el campo de la Administración de Salud.
6. A mis compañeros de la Maestría, por su amistad y aporte a mi crecimiento personal y profesional.
7. Al profesor Luis Eduardo Bravo quien me guio en este proyecto, sus aportes y conocimiento me enfocaron para sacar este trabajo de investigación adelante.

TABLA DE CONTENIDO

<i>RESUMEN</i>	8
1. <i>JUSTIFICACIÓN</i>	10
2. <i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	12
3. <i>ESTADO DEL ARTE</i>	14
4. <i>MARCO TEORICO</i>	19
4.1 Teorías de la Administración	19
4.2 Marco de referencia – Modelo para el Control del Cáncer.	22
4.3 Marco Contextual	29
4.4 Marco Conceptual	32
4.5 Marco Normativo	38
5. <i>OBJETIVOS</i>	42
5.1 Objetivo General	42
5.2 Objetivos Específicos	42
6. <i>METODOLOGIA</i>	43
6.1 Tipo de estudio	43
6.2 Área de estudio	43
6.3 Población y muestra	44
6.3.1 Criterios de inclusión	44
6.3.2 Criterios de exclusión	44
6.4 Variables	45
6.4.1 Fuentes	45
6.4.2 Selección de variables	45
6.5 Recolección de información	47
6.6 Plan de análisis	47

7. <i>CONSIDERACIONES ETICAS</i>	48
8. <i>RESULTADOS ESPERADOS</i>	49
8.1 Población con diagnóstico de Cáncer de mama.....	49
8.1.1 Caracterización Socio demográfica.....	49
8.1.2 Trazabilidad de la oportunidad diagnóstica para Cáncer de mama.....	51
8.1.3 Relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.....	53
8.2 Población con cáncer de próstata.....	56
8.2.1 Caracterización socio demográfica de la población con diagnóstico de cáncer de próstata.....	56
8.2.2 Trazabilidad de la oportunidad diagnóstica para cáncer de próstata.....	58
8.2.3 Relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento de los pacientes con cáncer de próstata.....	60
9. <i>ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN</i>	62
10. <i>DISCUSIÓN</i>	64
11. <i>APORTES AL CAMPO DE LA ADMINISTRACIÓN EN SALUD</i>	76
12. <i>CONCLUSIONES</i>	77
13. <i>RECOMENDACIONES</i>	78
14. <i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	80

FIGURAS Y TABLAS DE ILUSTRACIONES

Figura No. 1. Modelo para el control del cáncer PNCC. 2012-2021.....	26
Figura No 2 Modelo Administrativo de Atención de Cáncer.....	28
Tabla No 1. Clasificación BIRADS.....	35
Tabla No 2. Clasificación Gleason	37
Tabla No 3. Normograma Relacionado con Cáncer.....	38
Tabla No 4. Variable para la oportunidad diagnóstica.....	41
Tabla No 5. Cuadro de operacionalización de variables socio demográficas.....	46
Tabla No 6. Caracterizacion de la población de cáncer de mama.....	51
Tabla No 7. Trazabilidad de la oportunidad diagnóstica.....	53
Tabla No 8. Aspectos oncológicos de la población.....	54
Tabla No 9. Trazabilidad del tratamiento de la población.....	54
Tabla No 10. Caracterización de la población de cáncer de próstata.....	57
Tabla No 11. Oportunidad diagnóstica según variables del CAC.....	59
Tabla No 12. Clasificación de Gleason.....	60
Tabla No 13. Resumen pacientes cáncer de próstata.....	61
Anexo 1 Variables de la cuenta de alto costo de cáncer.....	86

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar la oportunidad diagnóstica en la gestión del riesgo y el desenlace del tratamiento en pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata del régimen especial en salud de la Universidad Valle en Cali en el año 2018. La metodología, es un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, que se basó en el examen de fuentes secundarias, la Cuenta de Alto Costo y la base de afiliados al Sistema de Salud Universitario, para el análisis de la oportunidad diagnóstica, evaluar la gestión del riesgo, la trazabilidad de la atención según el Modelo para el Control de Cáncer y los protocolos del régimen especial de la Universidad. Los resultados de este estudio permitieron identificar la oportunidad diagnóstica como un indicador trazador, para evaluar la respuesta efectiva del sistema de salud frente a la atención de los cánceres de mayor incidencia y prevalencia en la población y asegurar una mejor gestión administrativa, para su manejo tratamiento y resultado en salud. Las conclusiones mostraron la relación que hay entre el diagnóstico temprano, la atención oportuna con el desenlace del tratamiento y se redefinió el término de la oportunidad diagnóstica desde lo administrativo y la relación que debe tener con la detección temprana desde lo clínico para que sea más efectiva el manejo de un paciente con cáncer de mama o próstata

Palabras Claves: Cáncer, oportunidad diagnóstica, Gestión de Riesgo, Gestión administrativa.

SUMMARY

Objective of this study is to evaluate the diagnostic opportunity in risk management and its outcome in treatment in patients with breast cancer and prostate cancer, from the special health regime, at a Public University of Cali in 2018. Methodology This is a retrospective evaluative study with a quantitative approach, is based on the examination of data from secondary sources: the High Cost Account, the statistic of the Individual Registers of Health procedures - RIPS and the analysis of traceability of patient care, according to the Cancer Control Model and the protocols of the special regime of the University. Frequencies for the qualitative variables and measures of central tendency and dispersion for the quantitative variables will be used for the analysis; the SPSS program will be used. The results of this study will allow us to identify the diagnostic opportunity as a tracer indicator, to evaluate the effective response of the health system to the care of cancers with the highest incidence and prevalence in the population and to ensure better administrative management for their treatment and result in health. The conclusions showed the relationship between early diagnosis, timely care and the outcome of treatment and the term of diagnostic opportunity was redefined from the administrative point of view and the relationship it must have with early detection from the clinical point of view to be more effective. managing a patient with breast or prostate cancer.

Key Words: Cancer, diagnostic opportunity, Risk Management, Administrative management.

1. JUSTIFICACIÓN

Globocan es el observatorio mundial de cáncer, la información que reporta en sus boletines periódicos permite identificar la incidencia y prevalencia del cáncer a nivel global y de forma desagregada por país, región continental; además de otras variables como sitio localización, incidencia, prevalencia, mortalidad, grupos de edad, entre otras. Según los datos reportados por Globocan en el boletín de 2018, la incidencia de Cáncer en el mundo se ha incrementado de manera alarmante. De los 18'078.957 nuevos casos de cáncer en el 2018, el 11,6% corresponde a cáncer de Mama y el 7,1% corresponde a cáncer de Próstata; el total de muertes fue de 9.555.027, de los cuales el 6,6% fueron por cáncer de Mama y el 3,8% fueron a causa del cáncer de Próstata. (1).

Los datos reportados a nivel mundial por Globocan, no son distintos a los datos reportados en Colombia por la Cuenta de Alto Costo-CAC, en razón a que la incidencia y prevalencia va en importante aumento en el país. La CAC es la entidad responsable de la gestión de la información sobre cáncer reportada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB y las Entidades Obligadas a Compensar- EOC, con el fin de que se mejore la gestión del riesgo de la población afiliada, para evitar el incremento de las enfermedades de alto costo y optimizar la gestión de la atención a la población afectada, con el objetivo de mejorar el desenlace de tratamiento e impactar los costos de la atención (3).

La ley 1751 de 2015 definió la Salud como un Derecho Fundamental, a partir de esta ley se creó la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, que definió. *“la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, como una estrategia transversal de la política, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) Orientada al logro de resultados en salud y al bienestar*

de la población". (2). Este marco de ley obliga a las EAPB y EOC (como aseguradoras) a desarrollar capacidad técnica, administrativa y financiera para gestionar la atención de las personas afectadas por una enfermedad de alto costo, de manera que se garantice la atención oportuna, la calidad y la suficiencia que impacte en el desenlace del tratamiento, las tasas de mortalidad y las tasas de supervivencia global.

La Oportunidad Diagnostica, como seguimiento desde lo administrativo, permite identificar en estas patologías la gestión de riesgo realizada por el asegurador, para garantizar el inicio del tratamiento en el momento oportuno y de acuerdo con la condición del paciente al momento de su diagnóstico. El desenlace del tratamiento de un paciente, su calidad de vida y los costos para el sistema están determinados en un indicador de tiempo.

La Ley 647 de 2001, permite a las Universidades de orden Estatal, desarrollar su propio Sistema de Seguridad Social en Salud (Régimen Especial); es decir que las garantías de la atención en salud de la población afiliada, está determinada por sus propias directrices y normas. (4). Este marco normativo permite que la misma universidad lo administre, lo organice y lo financie con las cotizaciones que se establezcan para la gestión de los servicios de salud y las garantías a sus afiliados. No obstante, el sistema de salud de la Universidad debe integrar en su política institucional, las estrategias definidas por el marco normativo general del Sistema de Seguridad Social, como la Gestión del Riesgo en Salud.

Este estudio aporta conocimiento sobre el comportamiento de la estrategia de Gestión del Riesgo en el Régimen Especial, los elementos que la determinan, la trazabilidad de la atención de los pacientes y la manera como se afecta el desenlace del tratamiento y se impactan los indicadores de mortalidad, discapacidad y sobrevida; además de los costos para el Sistema Universitario de Salud en la población afiliada.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, un total de diez universidades públicas cuentan con un Régimen Especial en salud, entre las que se encuentra la Universidad del Valle (7). Las universidades públicas que hacen parte de este régimen, precisan tener una mayor desagregación de información que les permita, como aseguradores y prestadores, realizar los análisis propios, que den cuenta de sus estadísticas sobre cáncer y los resultados de su atención; comparando el manejo de los regímenes identificados en el sistema de salud colombiano contributivo y subsidiado, son diferentes y no es posible replicar la gestión del riesgo y por ende los modelos de pago, de contratación, de monitoreo y ajuste, conforme a los datos que se encuentra disponible en el Sistema General de Seguridad Social.

Cali cuenta con uno de los mejores registros poblacionales de Cáncer de Latinoamérica y el mundo, por su tradición de más de 58 años y la calidad de la información; sin embargo, una de las pocas falencias de éste importante repositorio de datos, es la ausencia de información sobre la situación de cáncer en el régimen de excepción y específicamente en el régimen especial universitario.

Los datos sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad del cáncer dan cuenta del incremento de casos de forma importante, por lo que es considerado como un problema de Salud Pública (5). En el 2018, se registraron en Colombia 101.893 nuevos casos de cáncer; 13.380 fueron en mujeres por cáncer de mama y 12.712 en hombres por cáncer de próstata; la mortalidad en ese año fue de 3.702 muertes por cáncer de mama y 3.166 muertes por cáncer de próstata; siendo la tercera y quinta causa de mortalidad respectivamente en el país, por estas patologías según los datos de Globocan (1).

El Plan Decenal de Control de Cáncer de Colombia, se viene implementando desde el año 2012, en todas las organizaciones del sector salud, inclusive las del Régimen Especial. En este plan se establecen las líneas estratégicas de acuerdo con cada uno de los objetivos del Modelo de Control de Cáncer, para asegurar que se impacte positivamente en los indicadores de cáncer en el país (15). Sin embargo, frente a los datos que se reportan por la CAC, existe una brecha de información sobre el Régimen Especial, dado que la Cuenta no presenta ésta información desagregada por cada entidad, lo que dificulta el reconocimiento de los indicadores para el análisis y su respectiva gestión.

La Universidad del Valle, cuenta con una población de afiliados al Sistema de Salud Universitario, estimada en 6.035 personas entre trabajadores, profesores y pensionados, con una pirámide poblacional de tipo regresiva, dadas las características de la población y que se relaciona con una morbilidad por eventos crónicos no transmisibles. Es importante analizar la gestión del riesgo de los eventos por cáncer de mama y próstata en esta población; por lo que conocer la Oportunidad Diagnostica como indicador administrativo, permite identificar el inicio del tratamiento, la trazabilidad de la atención y el desenlace del tratamiento.

Lo anterior permite formular la siguiente pregunta de investigación ***¿Cuál es la oportunidad diagnostica, para la gestión del riesgo y su desenlace en el tratamiento, de los pacientes con Cáncer de mama y Cáncer de próstata del régimen especial de una Universidad Pública de Cali, en el año 2018?***

Se espera que los resultados del estudio permitan a la Universidad Pública, tener mayor conocimiento sobre la gestión de riesgo que se realiza a sus afiliados con Cáncer de próstata y Cáncer de mama; para tomar decisiones orientadas a mejorar los resultados en salud de su población y reorientar su modelo de atención. A su vez este estudio brindará información pertinente

sobre el régimen especial universitario y servirá como línea de base para que otros regímenes de excepción, realicen este tipo de análisis.

3. ESTADO DEL ARTE

El Cáncer representa una de las patologías de mayor interés en el mundo por su gran impacto a nivel social y económico; con un riesgo acumulado de incidencia que indica que uno de cada 8 hombres y una de cada 10 mujeres desarrollaran Cáncer en algún momento de su vida (3). Las desigualdades en la atención médica donde se afecta la supervivencia y la mortalidad representan un desafío importante en la salud pública y en la administración en salud, requiriendo un enfoque complejo y multidisciplinario. Por tanto, es importante revisar experiencias exitosas en la atención del Cáncer de mama y próstata en el régimen especial de salud, que, revisando en los diferentes buscadores, la información que se obtiene es muy poca.

En México en el 2002, Sanidad Militar de la Clínica de Especialidades de la Mujer, realizó un estudio de casos y controles, en el que se estudiaron 10 mujeres con cáncer de mama en etapas tempranas (casos) y 30 pacientes con cáncer de mama en estadio tardío (controles), tratadas en enero del 2000 a marzo del 2002. Se tomaron variables geográficas, educativas, salariales, edad, oportunidad de consulta desde el diagnóstico hasta el inicio del primer tratamiento. Cuando el tiempo de traslado era mayor de 90 minutos, cuando el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento, cuando la escolaridad era menor de 7 años, con salario bajo, edad mayor de 50 años y el tiempo que deja pasar la paciente después del primer signo o síntoma aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de empezar tratamientos en estadios tardíos (10)

El estudio concluyó que tanto el paciente como el sistema de salud influyen en

la oportunidad diagnóstica del Cáncer de mama, de la accesibilidad geográfica y el retardo del sistema de salud, este es el factor más fácil de modificar; la no realización del examen clínico de mama a partir de los 25 años incrementa el riesgo de estadios tardíos, sin que este sustituya la mamografía. La no educación en prevención del Cáncer a mayores de 50 años, ingresos bajos y escolaridad baja también está asociada al diagnóstico tardío del Cáncer de mama. (10).

En Chile se realizó, un estudio para evaluar los resultados del tratamiento del Cáncer de mama cuando esta patología fue ingresada al GES (Sistema de Garantías Explicitas en Salud) que garantiza el manejo de este Cáncer por parte del sistema de salud. El estudio abarcó entre el 2000 y 2010 la supervivencia global en los pacientes tratados en los centros de Cáncer de la red pública y determinó si desde el ingreso al GES, se hacía detección más temprana. Se trabajó las fichas clínicas de seis Centros oncológicos. El 65,7% de los casos presentaron estadios localizados y el 34,3% fueron metastásicos; por histología el más común fue el Carcinoma ductal infiltrante con un 79,3% (3.932 casos). La cirugía se realizó al 78,6% (4.023 pacientes), la radioterapia adyuvante al 80% y la quimioterapia la recibieron 3.024/3.424 (93,6%). La supervivencia global fue del 75,1% y la edad no fue un factor pronóstico. (11)

En el 2012 se hizo en Bogotá un estudio para analizar la asociación entre tamización de Cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados al adulto mayor, por medio de la encuesta SABE (Salud, Bienestar, Envejecimiento), que incluyó 736 hombres mayores de 60 años. Los resultados del estudio mostraron que el 69,2% pertenecían al régimen contributivo, el 27,4 al régimen subsidiado y el 3,3 eran usuarios sin aseguramiento, el 57,2% se había realizado un examen de próstata en los últimos dos años y se encontró una prevalencia alta de esta patología del 3,2% (23 pacientes) siendo ésta una población de alto riesgo para Cáncer. (12)

El estudio concluyo que la falta de programas de tamización poblacional efectivos, de fácil acceso es una limitante para el diagnóstico temprano en Cáncer de próstata. En el régimen subsidiado (usuario sin capacidad de pago, con subsidio del estado), se tiene cuatro veces la posibilidad de tamización, y en el régimen contributivo, tiene nueve veces más oportunidad de tamización. (12)

Otro resultado importante del estudio de Bogotá fue reconocer la importancia de la oportunidad diagnostica temprana; en tanto que es importante en cualquier sistema de salud; indiferente de la patología, los beneficiados son los actores del sistema. Para los pacientes con cáncer de mama y próstata, permite estar libre de enfermedad o con manejos y tratamientos menos agresivos y más cortos, con efectos colaterales mínimos y una mejor calidad de vida; para el asegurador, permite tener una población sana y controlada, el costo del manejo de estos pacientes es menor y en el caso del prestador tiene un modelo de atención que funciona con calidad.

En este proceso la oportunidad diagnostica en lo administrativo engloba todo el proceso ruta de atención, no quedándose solo en la detección precoz, si no que toma todo el proceso desde la contratación, tipo de contratación, pasando por el modelo de atención, la red de prestadores, los indicadores de procesos y de resultados que reflejan la funcionalidad de la atención y permiten al fina evaluar si se están haciendo las cosas bien, en donde el primer beneficiado tiene que ser el paciente que es el centro de atención y posteriormente el sistema que debe ser sostenible, sobre todo en el manejo de la patología oncológica considerada de alto costo por los valores tan altos que se manejan en especialista, ayudas diagnósticas y tratamientos. Se evaluó la asociación entre tamización de Cáncer de próstata, determinantes sociales y comorbilidades en adultos mayores. (12)

Un estudio de sobrevida relacionada con factores pronósticos en mujeres con

Cáncer de mama tratadas en un centro cancerológico en barranquilla del 2011 al 2016, evaluó la expectativa de vida de cada una de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama, 5 años posteriores al diagnóstico. Se analizó la información de 500 mujeres con Cáncer de mama, los datos fueron tomados de las bases de datos administrativas y de las historias clínicas y la expectativa de vida fue complementada a través del sitio web de la Registradora General de la Nación. (13)

Los resultados, mostraron que el 64% tenía régimen subsidiado y el 31% contributivo, este hallazgo tiene importancia desde lo administrativo; el 64 % tenía 50 años o más y llama la atención que 36% estaba por debajo de los 50 años y este grupo no se tamiza lo que pudo afectar la detección temprana; el 80% estaba clasificado en estadio II no se clasificó en IIa y IIb para diferenciar temprano de tardío y el carcinoma de mayor predominio fue el tipo ductal, la expectativa de vida fue del 83%. En este estudio no se evaluó la oportunidad en el inicio del tratamiento siendo significativa frente a la morfología del Cáncer. (13).

La cuenta de alto costo en el 2016 procesó y analizó la información de indicadores para la gestión del riesgo de aseguradores y prestadores de los cánceres priorizados de 6 ciudades de Colombia entre ellas Cali. Los resultados son bueno regular o malo, para Cáncer de mama y próstata son 19 y 6 indicadores respectivamente divididos en 4 grupos: de diagnóstico y estadificación; de tratamiento; de oportunidad y de resultados. (14)

Al aumentar la expectativa de vida en Colombia, se tienen más posibilidades de desarrollar estas enfermedades; la promiscuidad, el exceso de alcohol, la obesidad, la falta de ejercicio, las dietas inadecuadas, el tabaquismo, puede explicar porque la incidencia de cáncer está aumentando. Colombia ha dado pasos importantes en promoción y prevención, el control de la calidad es más estricto cada vez, con indicadores más robustos, y se tiene más información

que hace 20 años. Tener el plan decenal de cáncer que borrar es el derrotero a seguir siendo una política pública que inicio en el del 2012 y va hasta el al 2021.
(15)

Para revisar el tema de oportunidad diagnostica y trazabilidad diagnostica, se hizo una búsqueda utilizando dichas palabras clave y el resultado fue el siguiente:

Sobre oportunidad diagnostica, no se encontraron artículos relacionados; se amplió la búsqueda por oportunidad temprana o precoz, como parte del proceso administrativo de la oportunidad diagnostica, encontrando algunos artículos de detección precoz de cáncer, de hipertensión arterial, insuficiencia renal y diabetes. En general estos artículos toman al nivel primario de atención, como la base para hacer detección temprana, educación, seguimiento a las políticas públicas dadas desde el ministerio de salud. La demanda inducida, los programas de detección temprana y protección específica de promoción y prevención. Las diferentes ayudas diagnósticas y la intervención de las diferentes especialidades dependiendo de las patologías.

Al no obtener mayor información con respecto a la pregunta de investigación, hace que este estudio sea más relevante para empezar a conocer un poco más de lo que se hace en la atención en salud en un régimen especial universitario y como se está dando el manejo al cáncer en dos patologías que son las más incidentes y prevalentes en Colombia por sexo, buscando aportar información que permita mejorar lo que no se esté realizando bien como esta descrito en el modelo de atención o fortalecer lo que se está haciendo bien y socializarlo para que otros regímenes de salud tengan la oportunidad de implementar programas exitosos , ser más costo efectivos y permitir en el caso del cáncer mejorar la calidad y la expectativa de vida aumentando el número de diagnósticos en estadios tempranos.

4. MARCO TEORICO

4.1 Teorías de la Administración

La palabra administración viene del latín ad (hacia, dirección, tendencia) y ministerio (subordinación u obediencia) y significa aquel que realiza una función bajo el mando de otro, es decir, aquel que presta un servicio a otro (16). A continuación, se exponen diferentes referentes teóricos de la administración que aproximan la investigación al reconocimiento de los elementos pertinentes para el análisis.

La *Teoría Clásica* hace énfasis en la estructura y en las funciones con las que cuenta una organización para lograr la eficiencia, esta teoría nació en 1916 en Francia y su representante fue Henry Fayol.(17) La teoría científica hace énfasis en las tareas, aplica los métodos de las ciencias a los problemas de la administración para alcanzar la eficiencia industrial, los métodos científicos utilizados con la observación y la medición, esta teoría inicio a comienzos de siglo , su representante Frederick Taylor(18)

En la *Teoría Humanística* la preocupación por la máquina y el método de trabajo, por la organización formal y los principios de la administración desde lo organizacional, ceden a la preocupación por el hombre y su grupo social se

pasa a aspectos psicológicos y sociológicos, orientándose a dos aspectos básicos; el análisis del trabajo y adaptación del trabajador al trabajo y la adaptación del trabajo al trabajador, Nació en los años treinta en Estados Unidos, su representante Elton Mayo. (19).

La *Teoría Neoclásica* de los años 50, surge como un movimiento heterogéneo, definiendo esta teoría como un enfoque universal de la administración basada en los conceptos de que el administrador orienta, dirige y controla para lograr objetivos comunes, con un mínimo de recursos utilizados, su representante Peter Druker. (21).

La *Teoría Estructuralista* nace a finales de 1950, enfoca su atención hacia la organización desde su estructura, funcionamiento y de los medios que utiliza para lograr sus objetivos, ésta se aproxima a la teoría de Relaciones Humanas, con una visión crítica de la organización formal, su representante, Amitai Etzioni. (17) (23).

En la *Teoría de Sistemas*, la empresa se ve como una estructura que se reproduce y se visualiza a través de un sistema de toma de decisiones tanto individual como colectiva, facilita la generación de conocimientos científicos. Debido a la necesidad de reducir e integrar las teorías administrativas y gracias a la informática que permite desarrollar las ideas que convergían hacia una teoría de sistemas aplicada a la administración, su representante es Ludwing Von Bertalanffy (17) (25)

El concepto teórico que se maneja para el presente estudio se toma de la *Teoría Neoclásica*, que tiene un enfoque que se adapta al modelo de las empresas actuales, formándose un criterio a partir de la combinación de diferentes teorías, siendo un enfoque universal de la administración; el buen administrador es el que posibilita al grupo alcanzar sus objetivos con un uso racional de recursos. La teoría Neoclásica destaca cuatro funciones del

administrador y la técnica para su desarrollo se llamó Administración Por Objetivos (APO) y el conjunto de estas funciones constituyen el proceso administrativo. (22)

Las cuatro las funciones de la Administración concebidas a partir de la Teoría Neoclásica son:

*La **planeación***, donde se fijan objetivos claros y cuáles de ellos deben priorizarse (organizacionales), la política que orienta la acción administrativa, las directrices que son los principios para posibilitar los logros de los objetivos pretendidos; las metas son los objetivos a alcanzar a corto plazo; los programas son las actividades necesarias para alcanzar cada una de las metas; los procedimientos son el modo como debería ejecutarse los programas, los métodos son los planes prescritos para el desempeño de una tarea específica y las normas que delimitan y aseguran el cumplimiento de los procedimientos.(17)(22)

*La **organización*** que se encarga de agrupar todas las actividades necesarias para ejecutar lo que se planeó, implica tareas, personas, órganos y relaciones y tiene tres niveles, el global (la organización); departamental (áreas de la organización) y el nivel de tareas y operaciones (perfiles del cargo). Que permite estructurar las estructuras técnicas, definir los presupuestos, el cronograma y el flujograma. (17) (22).

*La **dirección*** que orienta el comportamiento hacia los objetivos propuestos, es una actividad de comunicación, motivación y liderazgo, y se presenta en tres niveles, la dirección, la gerencia y la supervisión y los principios que se aplican en la dirección son la unidad de mando; la delegación, la amplitud de control y la coordinación. (22)

*El **control*** trata de garantizar en la administración que lo planeado, organizado y dirigido cumpla con los objetivos previstos y consta de cuatro fases:

establecimiento de estándares; la observación del desempeño; la comparación del desempeño con el estándar establecido y la acción correctiva que busca corregir los desvíos o variaciones; el alcance se ejerce en tres niveles a largo mediano y corto plazo. (17) (22)

La importancia de esta teoría para la investigación, es la manera como se comprende la actuación de las organizaciones que tienen como misión brindar las garantías en salud, en el marco de su rol como asegurador del régimen especial, responsable del aseguramiento y la provisión de servicios de salud para la población a su cargo.

4.2 Marco de referencia – Modelos para el Control del Cáncer.

El Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia-PNCC, planeado para 2012 al 2021, definió como modelo de atención el Modelo para el control de Cáncer que tiene entre los objetivos, el Control del Riesgo y la Detección Temprana, como base para fortalecer la oportunidad en el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo que a su vez impactan el desenlace en el tratamiento. Estos objetivos están en función de favorecer el mejor desenlace para los pacientes con cáncer de mama y próstata; esta estructura propuesta por el modelo de Control de Cáncer, está en la línea de la Teoría Neoclásica que identifica como elemento primario de la administración la planeación que permite identificar las necesidades, metas, los recursos y los responsables en una línea de tiempo.

Para el abordaje del Cáncer la planeación, se basa en la identificación de las necesidades de las personas con sospecha de Cáncer, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno y pertinente; con ellos las acciones, responsables, recursos, tiempos y metas que permitan impactar positivamente los indicadores de mortalidad, discapacidad, sobrevida o libre de enfermedad, con los costos más razonable para el sistema para el sistema.

La organización en este modelo, agrupa las actividades en la oportunidad diagnóstica buscando que sean abordadas integralmente y permitiendo un manejo adecuado en el tiempo para hacer un diagnóstico temprano y así evitar que los diagnósticos de estas patologías sean tardíos y con ello los esfuerzos por integrar tratamientos (procedimientos y medicamentos) tengan menores resultados, dadas las condición del paciente, lo que además de no garantizar la sobrevida, no disminuye la mortalidad, no mejorar la calidad de vida de los pacientes e incrementa los costos para el sistema de salud.

La dirección está encaminada hacia los objetivos propuestos desde la gestión del riesgo hasta el desenlace en el tratamiento y se identifican dos herramientas importantes que son: La Comunicación Asertiva y la Educación Continua, que es imprescindible para desarrollar un liderazgo en el manejo de estas patologías. El Cáncer como grupo de patologías exige del conocimiento amplio y detallado en temas clínicos y en temas administrativos; esto implica que quienes se vinculan a la dirección de procesos relacionados con la atención del Cáncer están obligados a conocer las distintas formas de afectación en las personas, la tipología, histología, sus estadios, la sintomatología, los tratamientos, y en lo administrativo se requiere además de conocimiento propio del administrador es imperativo que se reconozca como una persona de gran sentido humanístico, y social por lo que implica la carga de enfermedad en las personas, sus familias y la sociedad.

El control en el modelo tiene que ver con la correcta identificación de los indicadores de gestión, de manera que se reconozca la importancia del referenciación de estándares mundiales, nacionales o regionales. Es importante validar los resultados desde la mirada de la autoevaluación, la autogestión y el autocontrol, que son conceptos que se han definido para el reconocimiento de las entidades con acreditación de alta calidad en salud, en el marco del Sistema de Acreditación en salud colombiano, pero que toman relevancia para cualquier proceso en cualquier organización y que son válidos para reconocer la manera

como desde las organizaciones se puede identificar un *Gold estándar*.

En la atención del Cáncer, el control a través del seguimiento y monitoreo de cumplimientos de indicadores, debe ser una constante tal como un Tablero de Control, que admita revisar las causales por las que no se cumplen y formular un Plan de Acción, que garantice los correctivos y favorezca cumplir con las metas a largo, mediano y corto plazo; validando el cumplimiento de objetivos y metas, que recordemos están en el marco de la disminución de la mortalidad, mejorar la sobrevivencia, mejorar la calidad de vida, o que las personas estén libres de la enfermedad.

La gestión del riesgo implica la planeación desde lo administrativo y no desde lo clínico, toda vez que busca evitar las barreras administrativas. Situaciones como la no autorización de los servicios requeridos, el no contar con la tecnología necesaria para un buen diagnóstico, la falta de personal de salud especializados en los servicios, o médicos del nivel primario de atención no capacitados en estas patologías e infraestructuras y tecnologías obsoletas; se suman a los factores que determinan la atención, la calidad, la seguridad y la oportunidad con la que se atiende a las personas afectadas por el Cáncer.

La organización, planeación, dirección y control de los recursos, los cargos y los órganos, son necesarios para la atención integral de los pacientes con Cáncer; otro papel importante lo juegan los colaboradores, la plataforma estratégica de la organización, su misión, visión, políticas de calidad, la capacidad técnica (guías, protocolos, manuales de funciones), la red de prestadores contratada, los proveedores de servicios, insumos y medicamentos y las rutas de atención con sus respectivos hitos, que van a permitir garantizar la atención en el marco de la calidad, oportunidad para los pacientes.

El Modelo para el Control de Cáncer en Colombia, propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2006, es el marco conceptual escogido

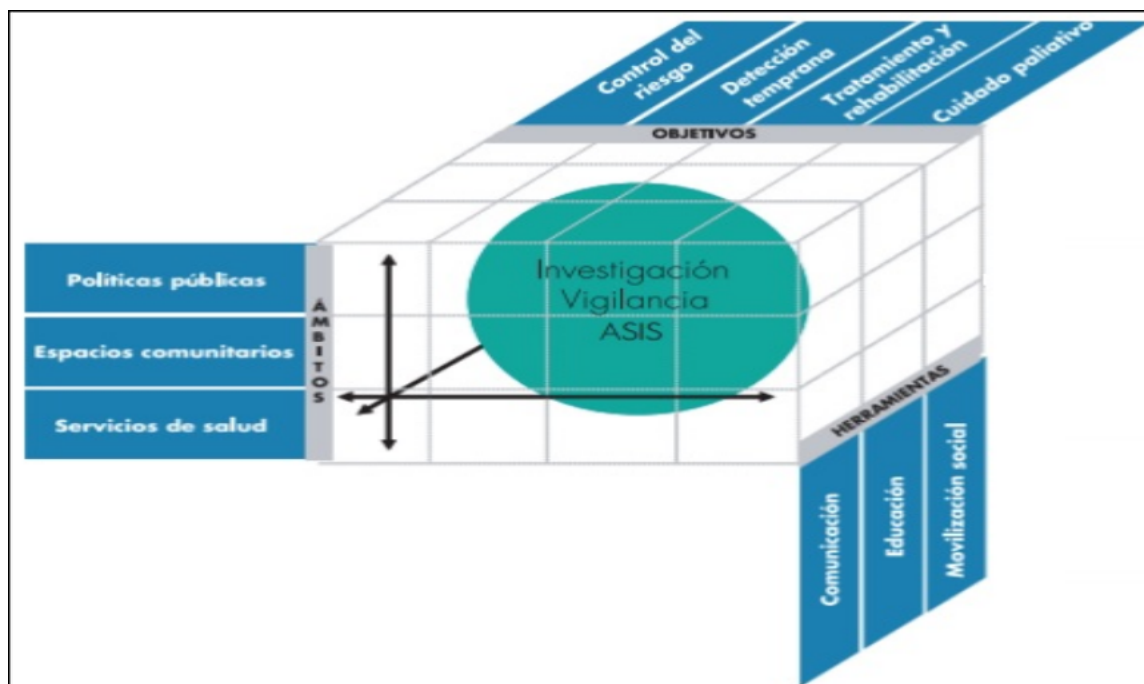
para este estudio. Este modelo elaboro discutió y público, un conjunto de actividades para disminuir la carga de enfermedad por cáncer, reduciendo el riesgo para desarrollar estas patologías críticas, su mortalidad y aumentar la expectativa y calidad de vida de quienes padecen el Cáncer y este fue uno de los fundamentos teóricos para la formulación del Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012 a 2021. (15) (26).

El modelo tiene como objetivos el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo. Los ámbitos buscan integrar el abordaje poblacional desde la salud pública para el control de las patologías crónicas, ya que en la mayoría de los casos no cuenta con un factor biológico identificable como condición necesaria para el desarrollo de la enfermedad.

Las herramientas son los medios de la salud pública, la movilización social, la comunicación y la educación que deben utilizarse según las necesidades de la patología y de sus acciones definir las estrategias para el control de la enfermedad (15).

En la figura No.1, se observa como la Teoría Neoclásica se adapta al modelo para el control del cáncer; se tienen los objetivos (planeación) claros; las EAPB y las IPS (organización); las herramientas de comunicación y educación (dirección) y la integralidad de los objetivos ámbitos y herramientas (control) son la garantía de que el modelo funcione.

Figura No. 1. Modelo para el control del cáncer PNCC. 2012-2021



Fuente: Plan Decenal para el Control del de Cáncer. PDCC. 2012 -2021

El eje central del modelo está en la gestión del conocimiento, a través de la investigación, la vigilancia y el ASIS (Análisis de la Situación de Salud), con este conocimiento y la evidencia científica se pueden tener resultados previsibles para el manejo integral del cáncer. (15) (26)

La evidencia de las altas tasas de mortalidad por cáncer, lleva a reflexionar sobre lo importante que es la educación, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. La propuesta del Instituto Nacional de Cancerología busca precisamente impactar sobre la morbilidad y mortalidad por Cáncer en

Colombia a través de un conjunto de actividades que permita disminuir la carga de enfermedad, mediante una serie de acciones administrativas enfocadas a la Gestión del Riesgo, que lleve a obtener mejores y mayores resultados en salud para cáncer, su mortalidad y mejorar la calidad de vida de los ya diagnosticados.

En el año 2006 cuando se dio a conocer el modelo, no había en el país Unidades Funcionales de Cáncer, conocidas hoy como UFCAS, en ese momento había proliferación de Centros Oncológicos, sin claridad sobre su propia oferta de servicios y sobre la capacidad resolutive real para los distintos tipos de Cáncer. lo que no favorecía un manejo integral de estas patologías. (26)

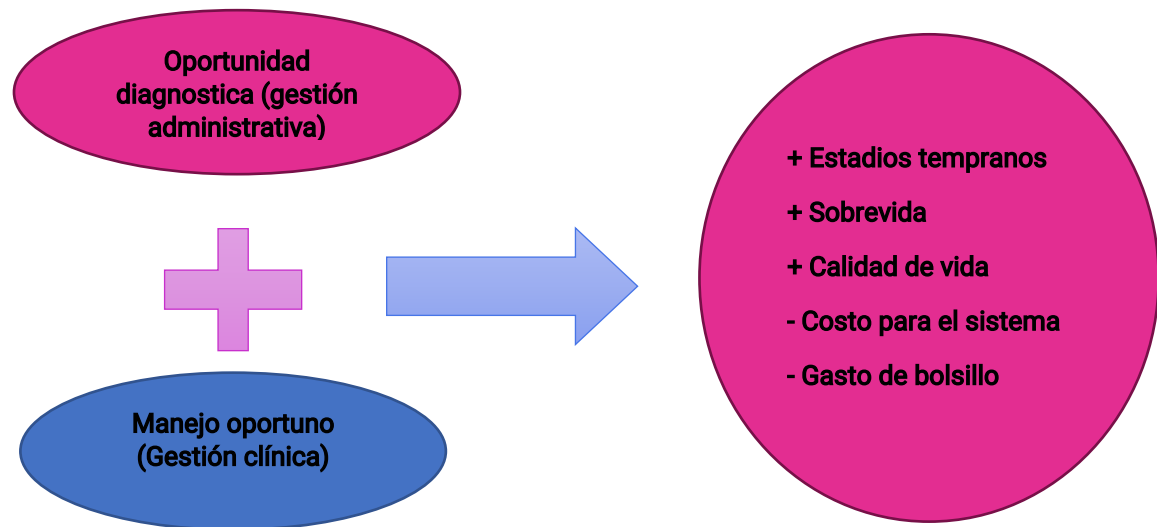
Existen experiencias de marcos conceptuales para el control del Cáncer en el mundo, como el dado por la Organización Mundial de la Salud- OMS del 2004; el desarrollado para la prevención y control integral del Cáncer en los Estados Unidos en el año 2000; la estrategia del control del cáncer en Nueva Zelanda año 2003 y el Marco Analítico para el Control del Cáncer de Ottawa en Canadá en el año 1999. Todos estos referentes hacen énfasis en tomar decisiones basados en información confiable, se tienen claro los objetivos del control del cáncer, la importancia de la construcción de alianzas y redes, la creación de programas y estrategias flexibles y que se puedan adaptar de acuerdo con la disponibilidad de recursos dependiendo de cada país o región. (28)

Además de lo que se plantea en estos marcos conceptuales, se incluyen la realización de acciones de prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación lo que implico mejorar los procesos de planificación y la toma de decisiones basada en una información.

Los escenarios para desarrollar las acciones del control del cáncer, el que predomina es el de las intervenciones en las instituciones prestadoras de salud y estas requiere de acciones desde el nivel político y desde las políticas públicas como una intervención colectiva que son estrategias costo efectivas

en el mejoramiento de la salud de las enfermedades crónicas no transmisibles.
(27) (28)

Figura No. 2. Modelo Administrativo de Atención de Cáncer



Fuente: Elaboración Propia (Adaptación PDCC 2012)

Como resultado de la revisión del marco conceptual dado por el Modelo de Control de Cáncer y en relación de éste con lo propuesto por el Plan Decenal de Control del Cáncer en Colombia, se resume la gestión administrativa como lo muestra la figura 2. En donde se reconoce la Oportunidad diagnóstica como parte de la Gestión Administrativa y el tratamiento oportuno como la Gestión Clínica y conjugados terminan impactando los resultados de la gestión administrativa traducidos en: Más estadios tempranos en el diagnóstico, Más sobrevida, Más Calidad de Vida, Menos gasto de bolsillo para los pacientes y menos costo para el sistema.

El modelo propone la integración de las acciones y los niveles de intervención requeridos para el control del cáncer en nuestro medio. Este contempla unos

fines, unos ámbitos y unas herramientas y la base para el diseño de las intervenciones que debe ser la información obtenida mediante la investigación, la vigilancia y el Análisis de Situación de Salud (ASIS), estos tres procesos interactúan entre sí, posibilitando la formulación de planes y estrategias para prevención, el diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación y el cuidado paliativo.

4.3 Marco Contextual

La ciudad de Cali tiene hoy día un compromiso con la ciudad, el país y el mundo al ser escogida por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) como una de las 5 ciudades elegidas para desarrollar el proyecto City Cáncer Challenge; cuyo objetivo es diseñar, planear y adelantar soluciones para la atención y tratamiento de pacientes con patología de cáncer al 2025. Las metas están orientadas a disminuir en un 25% la mortalidad por esta causa. El proyecto empezó en el 2017 y busca no solo mejorar la salud si no también reducir las desigualdades en el acceso a la calidad de la atención en cáncer, lo interesante es que se le apuesta es tratar de aplicar el modelo en toda la comunidad. (29)

Cali fue escogida por ser la única ciudad en el mundo que cuenta con un registro poblacional (En la Universidad del Valle), que es repositorio de datos de más de 60 años, que cuenta con información sobre los casos de Cáncer en la ciudad. Otro de los elementos que sumo interés para el desarrollo de la propuesta C/CAN, es la disposición del gobierno local a invertir esfuerzos interinstitucionales para lograr articulación del trabajo en red e integrar acciones público privadas frente a este desafío.

Desde el año 2019, el proyecto está liderado por una organización no gubernamental llamada Pro Pacifico, con quien se firmó un convenio para que desde allí se tome las riendas de este proyecto en la región y se avance hacia las metas y objetivos planteados para la ciudad de Cali, con el ánimo de poder ser replicados en las otras dos ciudades en Latinoamérica en Brasil y Paraguay.

(30).

El Régimen Especial o de Excepción

El Régimen Especial o de Excepción en salud, se encuentran definidos en el artículo 279 de la ley 100 del 93 y se han reglamentado especialmente para las Universidades en Colombia a partir del Decreto 647 de 2001, que aboga por la autonomía universitaria para que estas entidades desarrollen sus propios Sistemas de Salud y con ello organicen, definan la estructura, los mecanismos y los recursos para garantizar la prestación de servicios de salud para sus afiliados. (7) Estas personas no cotizan al Sistema General de Seguridad Social, están obligados a hacer un aporte a solidaridad, a través del ADRES.

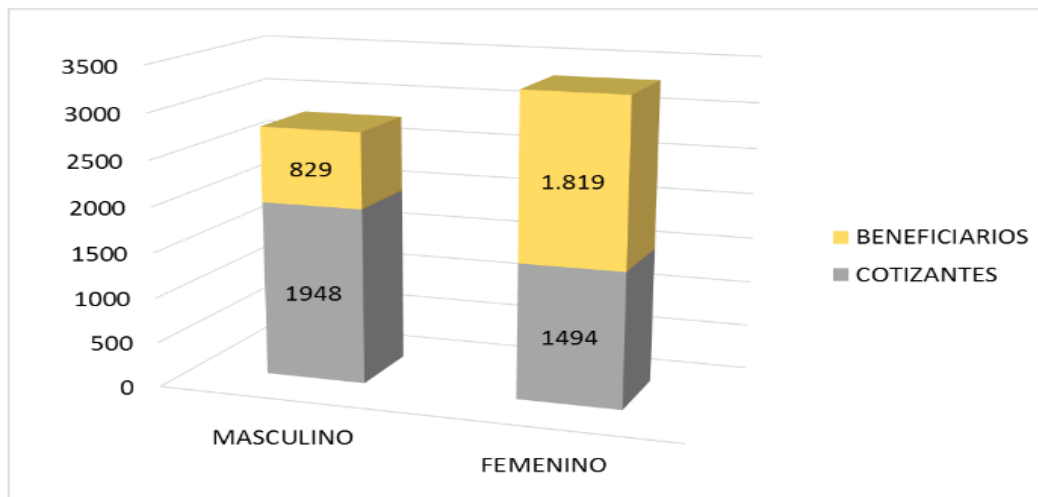
El Servicio de Salud de la Universidad del Valle, está integrado por un estimado para el 2018 de 6.090 afiliados, de los cuales 3.313 son de sexo femenino y 2.777 son de sexo masculino; el 21% son docentes, el 26% son empleados y el 43% son pensionados y sus familias. Se reconoce en la población afiliada un índice de vejez del 35% y un índice de envejecimiento del 36,3% con un índice de friz del 90%, por cada 100 personas menores de 15 años hay 353 personas mayores de 65 años.

Lo que muestra esta estadística inicial es que la transición de la pirámide poblacional tiende al envejecimiento y con ello se espera que la prevalencia de enfermedades crónicas propias del proceso de envejecimiento sean las que generen la mayor carga de enfermedad en el perfil epidemiológico. Entre los afiliados y sus beneficiarios se encuentra un universo de 109 usuarios diagnosticados con Cáncer a la fecha de corte de la recepción de información para esta investigación, según los datos aportados por el servicio de salud de la Universidad.

Subsistema Salud de la Universidad del Valle

El Servicio de Salud de la Universidad del Valle, se creó 1956 como dependencia de Bienestar Universitario. Con el acompañamiento de la Escuela de Medicina Familiar de la Facultad de Salud, en 1986 se implementó en la Universidad el modelo de Medicina y Salud Familiar, centrado en la atención integral de las familias y atendido por equipos de médicos especialistas en Medicina Familiar. (31)

Grafica No 3. Población de Afiliados del Servicio de Salud de la Universidad del valle.

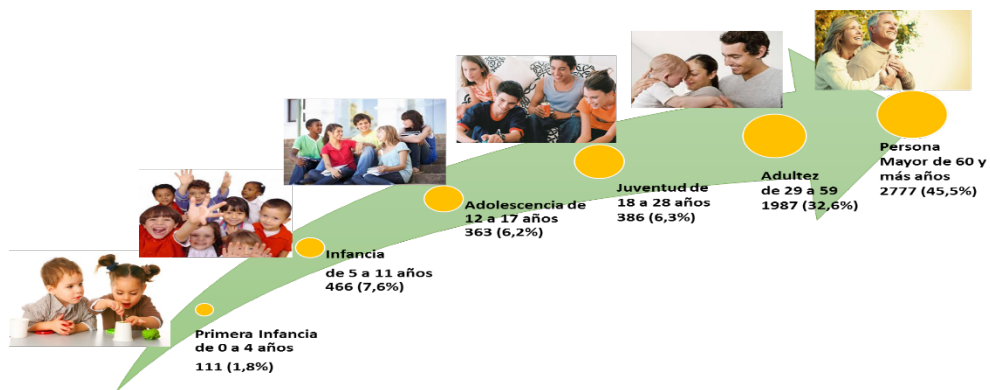


Para realizar las funciones de aseguramiento y prestación del Plan Obligatorio de Salud para cotizantes y beneficiarios, el Servicio adopta la figura de Entidad Adaptada el Sistema de Seguridad Social. En el año 2001, la Ley 647 le da la característica de Régimen Especial, la cual conserva hasta hoy. En la actualidad, el sistema de salud de la universidad mantiene el interés por adaptar a su sistema las políticas sectoriales, en las que encuentra soporte para fortalecer la prestación de servicios a su población afiliada y en garantizar la calidad de la atención en salud, en el marco de su principio orientador de medicina familiar.

Una de las orientaciones que se reconoce al sistema de salud de la Universidad

del Valle es el interés de adaptar a su modelo lo planteado por la Política de Atención Integral – PAIS y el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS y, además, a la evaluación realizada por la Junta Administradora, comisión donde expertos y representantes de todos los estamentos buscan el fortalecimiento del modelo hacia una Cultura de la Salud. (31)

Grafica No. 4. Ciclo Vital del Sistema de Salud de la Universidad del Valle.



Fuente: Informe de Gestión Servicio de Salud

4.4 Marco Conceptual

Este marco conceptual está orientado a favorecer la lectura de los elementos conceptuales, que todo lector requiere conocer para comprender el alcance de la investigación y favorecer la integración de un lenguaje técnico amplio, denso y complejo que permita la comprensión del Cáncer como grupo de patologías, además de reconocer el uso de la terminología en el marco de la gestión clínica y administrativa para su abordaje.

A continuación, se presentan una lista de conceptos propios de la gestión clínica, y la gestión administrativa para la atención oncológica, que son usados a lo largo de la descripción de esta investigación.

Cáncer: Conjunto de enfermedades que hace que el organismo produzca un exceso de células malignas, esto incluye una amplia familia de enfermedades que se diferencian por su morfología, localización, etiología, comportamiento clínico y su respuesta al tratamiento. Sociedad Española de Oncología Médica 2001)

Cáncer de Mama: Es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que llevan al crecimiento de un tumor dentro de la mama (in situ), el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos (metastásico). El cáncer de mama inicia por lo regular en los conductos mamarios en el 90% de los casos y en el 10% se da en los lóbulos mamarios, la mayoría de los carcinomas ductales empiezan de forma no invasivos y si no se diagnostican tempranamente pueden transformarse en un cáncer de mama invasivo. Cuando se diagnostica en estadios tempranos la expectativa de vida a 5 años es en estadio I es del 95%, en el estadio II del 80%, el estadio III del 60% y en el estadio IV del 25%. (37)

Factores de Riesgo para Cáncer de Mama: Mutación BRCA 1 o BRCA 2; antecedente familiar de cáncer en primer grado o segundo grado de consanguinidad; Factores hormonales; Paridad tardía (mayor de 30 años) o nuliparidad; Menarquia temprana (menor de 12 años) o menopausia tardía(mayor de 55 años); terapia combinada de reemplazo hormonal; obesidad en la menopausia, consumo de alcohol; tabaquismo; sedentarismo; densidad de la mama e hiperplasia ductal o lobular atípica o carcinoma in situ en una biopsia previa.(38)

Tamización en Cáncer de Mama: El tamizaje para cáncer de mama incluye el examen clínico y la mamografía, la sensibilidad de la prueba es más baja en pacientes con mamas densas, el mamógrafo debe ser digital y no convencional esto aumenta la sensibilidad. (38)

Tratamiento en Cáncer: Se refiere al plan de manejo que el médico tratante define para el paciente. Puede ser quirúrgico, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia. (37)

Auto examen de mama: Examen de las mamas que se realiza la mujer para comprobar la presencia de nódulos u otros cambios. (32) (37)

El Examen Clínico de la Mama (ECM): Es el examen físico de los senos que realiza un profesional de la salud, se debe realizar una vez al año a toda mujer con o sin síntomas mayor de 40 años y a cualquier mujer con síntomas mamarios sin importar su edad, sensibilidad del 54% y especificidad del 94%. (32).

La mamografía: es una radiografía de las glándulas mamarias y se utiliza como diagnostico en pacientes mayores de 35 años con hallazgos positivos al ECM, tiene una sensibilidad del 87% en promedio y una especificidad del 70% en promedio, cuando existe una masa palpable y se utiliza como tamización en mujeres asintomáticas de una población definida de 50 a 69 años. (39).

Ciclo de Tratamiento: Es el periodo de tratamiento seguido por un periodo de descanso. (Instituto nacional de Cáncer).

Quimioterapia: Uso de fármacos para destruir las células cancerosas (ASCO).

Radioterapia: Terapia que utiliza alta dosis de radiación para destruir las células cancerosas y reducir los tumores. (Instituto Nacional de Cáncer).

BIRADS: Método que usan los radiólogos para interpretar y comunicar de manera estandarizada los resultados de exámenes de mamografía, ecografía e IRM usados para detectar y diagnosticar el cáncer de seno (mama). También se llama Breast Imaging Reporting and Data System. (INH-NCI 2019).

Tabla No 1. Clasificación BIRADS

CATEGORIA	DENOMINACIÓN	CONDUCTA
BIRADS 0	Estudio incompleto	Requiere estudios adicionales
BIRADS 1	Mamografía normal	Continuar esquema de tamizaje
BIRADS 2	Hallazgos benignos	Continuar esquema de tamizaje
BIRADS 3	Hallazgos probablemente benignos. Malignidad<2%	Control a los 6 meses
BIRADS 4 A	Baja a moderada sospecha. 2% - 10%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 4 B	Moderada sospecha. 11%-50%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 4 C	Moderada-alta sospecha. 51%-94%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 5	Altamente sugestivo de malignidad >95%	Diagnóstico histológico (biopsia)
BIRADS 6	Malignidad conocida	Tratamiento del cáncer

Fuente: ACR BI-RADS® Atlas, BreastImaging Reporting and Data System, Reston VA, 2013.

La Ecografía Mamaria: Es un estudio con ultrasonidos que diferencia entre masas sólidas o quistes en las mamas complementario y está indicada en mujeres menores de 40 años, mamas con prótesis y para diferenciar un quiste o una masa sólida. (32)

La Estadificación en Cáncer: El estadio se refiere a la extensión del cáncer, es decir, qué tan grande es el tumor y si se ha extendido. Se reconocen los siguientes estadios (40).

Estadio 0	Carcinoma in situ.
Estadio I	El tumor mide 2 cm de diámetro o menos, pero no se ha extendido a los

	ganglios linfáticos
Estadio II (A Y B)	El tumor que mide menos de 2 cm, entre 2 y 5 cm, o más de 5 cm y puede haber invasión linfática.
Estadio III (A, B Y C)	En esta etapa hay un mayor compromiso de los ganglios linfáticos de la axila.
Estadio IV	El cáncer ha invadido otros órganos, como los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro

Cáncer de Próstata: El cáncer de próstata se origina cuando las células de la próstata comienzan a crecer fuera de control. La próstata es una glándula que sólo tienen los hombres. Esta glándula produce parte del líquido que conforma el semen. El riesgo aumenta después de los 50 años. Es una enfermedad de crecimiento lento con curso indolente y el sitio común de metástasis es a hueso 90% de los casos. Si no hay compromiso de la uretra por lo regular no se presentan signos ni síntomas, cuando se da el compromiso en la uretra, los síntomas son Tenesmo vesical; Nicturia; Disuria y hematuria y cuando hay metástasis Oseas el dolor se da en cadera y columna dorsolumbar. (42)

Prueba Sanguínea del Antígeno Prostático Específico (PSA): Esta es una prueba de diagnostica. El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína producida por las células en la glándula prostática (es producida por células normales y cancerosas). El PSA se encuentra principalmente en el semen, aunque también se puede encontrar en pequeñas cantidades en la sangre. (41)

El nivel de PSA en sangre se mide en unidades llamadas nanogramos por mililitro (ng/mL). La probabilidad de tener cáncer de próstata aumenta a medida que el nivel de PSA sube, pero no hay un valor límite establecido que pueda indicar con certeza si un hombre tiene o no tiene cáncer de próstata. (American Cancer Society- 2019)

El Tacto Rectal: Es una maniobra que permite examinar las características de la próstata relacionadas con el tamaño y consistencia. El tacto rectal + PSA puede incrementar la tasa de detección de cáncer, el PSA libre es útil con PSA hasta 10, útil con próstatas de menos de 40 gr valores < 25% detecta el 95% de los tumores y evita el 20% de biopsias innecesarias. (44)

Sistema de puntuación de Gleason: Se refieren a como se ven las células cancerosas de la próstata y que tan probable es que el cáncer se pueda diseminar, un puntaje bajo significa que el cáncer es de un crecimiento lento y no agresivo. (44)

Tabla No 2. Clasificación Gleason

Sistema Gleason modificado de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (ISUP)		
Grado ISUP	Puntuación de Gleason	Definición
1	2-6	-Solo glándulas individuales, discretas y bien formadas.
2	3+4=7	-Predominantemente glándulas bien formadas con un menor componente de glándulas cribriformes, fusionadas o pobremente formadas.
3	4+3=7	-Predominantemente glándulas cribriformes, fusionadas y mal formadas con un menor componente de glándulas bien formadas.
4	4+4=8	-Solo glándulas cribriformes, mal formadas, fusionadas.
	3+5=8	-Predominantemente glándulas bien formadas y un menor componente sin glándulas o con necrosis.
	5+3=8	-Predominantemente ausencia de diferenciación glandular o necrosis y un menor componente de glándulas bien formadas.
5	9-10	-Ausencia de diferenciación glandular o necrosis con o sin glándulas cribriformes, mal formadas o fusionadas.

Fuente: Sociedad Internacional de Patología Urológica.2018.

Detección temprana: Es la detección o diagnóstico de la enfermedad en una fase temprana cuando existe un alto potencial de curación. (32)

Acceso: Se define como el porcentaje de personas que recibió atención médica del total que presento un problema o necesidad de salud (33).

Riesgo: según el Plan Decenal de Salud Pública es *"la probabilidad de*

ocurrencia de un evento deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”.

Gestión del Riesgo en Salud (GIRS): Conjunto de acciones articuladas entre los diferentes actores del sistema, para anticiparse a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias. (36).

4.5 Marco Normativo

El Cáncer hace parte de los eventos de interés en Salud Pública en Colombia, también es reconocida como una de las patologías de Alto Costo y tienen las estadísticas epidemiológicas de mayor prevalencia e incidencia; que han generado que se hayan priorizado las Rutas de Atención Integral en Salud- RIAS de Mama y Próstata.

Estas consideraciones hacen que exista un amplio marco normativo relacionado con la atención del Cáncer, los derechos de los pacientes amparados por la legislación vigente y la obligatoriedad del Sistema de Salud de reconocer la vigilancia de este evento en el sistema de vigilancia epidemiológica de Colombia.

Tabla No 3. Normograma Relacionado con Cáncer

Norma	Objeto
<i>Resolución 3384 de 2000</i>	Cumplimiento y adopción de Normas Técnicas y Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, así como para la atención de las enfermedades de interés en salud pública (45)
<i>Ley 1384 de 2010</i>	Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Sistemas de Información, a través del establecimiento de los Registros

	Nacionales de Cáncer en adultos, basado en registros poblacionales y registros institucionales; el Observatorio de Cáncer como parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública; consagra la necesidad de captar datos de diversas fuentes, así como efectuar las adaptaciones necesarias al actual SIVIGILA para la captura, procesamiento, almacenamiento y consulta de la información que capta en cáncer. (46)
<i>Resolución 1383 del 2013</i>	Adopto el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012-2021 y el contenido en el Anexo Técnico de la presente Resolución, el cual forma parte integral de la misma y adopta el plan decenal de cáncer 2012-2021. (47)
<i>Resolución 247 de 2014</i>	Establece la obligación de reportar los pacientes con cáncer a la Cuenta de Alto Costo por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), incluidas las del régimen de excepción, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), públicas, privadas y mixtas y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud (48).
<i>Ley 1733 del 2014</i>	Ley Consuelo Devís Saavedra”. Mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida (49).
<i>Ley Estatutaria 1751 de 2015</i>	Por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección (50).
<i>Resolución 3202 de 2016</i>	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se dictan otras disposiciones(51).
<i>Resolución 0429 del 2016</i>	Se adopta la PAIS (política de atención integral en salud) y el MIAS (modelo integral de atención en salud). (52) <i>(derogada)</i>
<i>Resolución 2626 de 2019</i>	Por la cual se modifica la Política de atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo Integral de Acción Territorial MAITE.(53).

En el marco normativo revisado, se encuentra soportado el reporte de información a la Cuenta de Alto Costo -CAC de los eventos relacionados con Cáncer. Vale la pena recordar que la Cuenta de Alto Costo, se define *como “un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, que fue creada mediante el Decreto 2699 de 2007. Este organismo obliga a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, de ambos regímenes y a las demás Entidades Obligadas a Compensar-EOC, a asociarse para abordar el Alto Costo. Funciona como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo. (Página web de CAC. 2019)*

La Resolución 0247 de 2014, tiene como objeto establecer la obligatoriedad para las EAPB de reportar los pacientes con Cáncer a la CAC y las responsabilidades de cada uno de los actores frente a esta información y los mecanismos de auditoria y verificación con base en los registros clínicos como fuentes de información. De la misma forma la resolución contiene un Anexo Técnico en el que están definidas las fechas de reporte, mecanismos, instrumentos, periodicidad, y variables.

El Anexo técnico da cuenta de la información que se debe reportar en relación con:

- Personas con diagnostico histopatológico de Cáncer en situ o invasor.
- Personas con diagnóstico de Cáncer soportado y justificado en los registros clínicos.

El Anexo técnico expresa la obligatoriedad del diligenciamiento de todas las variables teniendo en cuenta, reportar por paciente y por diagnóstico. La

estructura del reporte se divide en los siguientes apartes:

1. Identificación general de la EPS y del usuario reportado. (16 variables)
2. Información general relacionada a diagnóstico, estadificación y objetivo de tratamiento inicial. (26 variables)
3. Antecedentes que preceden al diagnóstico del Cáncer reportado. (104 Variables)
4. Información Específica de Cirugía en el reporte actual. (12 Variables)
5. Información específica de Radioterapia en corte actual. (20 Variables)
6. Información específica de trasplante de Células Madre Hematopoyéticas en el reporte actual. (5 variables)
7. Información específica de tratamiento complementario en el Reporte actual. (20 variables)
8. Situación actual del usuario. (1 variable)
9. Resultado final de manejo oncológico en este corte. (7 Variables)

Es claro que la información reportada debe estar en concordancia con el tipo de Cáncer de los usuarios y los datos de diagnóstico, tratamiento y desenlace.

Para la oportunidad diagnostica se utilizaron las variables de la tabla No 4

Tabla No 4 Variable para la Oportunidad Diagnostica

Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución o médico que hizo el diagnóstico	Fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico luego de la remisión o interconsulta	Fecha primera consulta con médico tratante enfermedad Maligna
---	---	---

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Evaluar la *oportunidad diagnostica* para la gestión del riesgo y su desenlace del tratamiento en los pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata, de un régimen especial universitario, en Cali en el año 2018.

5.2 Objetivos Específicos

Caracterizar los pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y cáncer de próstata del régimen especial universitario, reportados por la Cuenta de Alto Costo en el año 2018.

Determinar la trazabilidad de la *oportunidad diagnostica*, en los pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata del régimen especial universitario en el año 2018, con base en el reporte de la Cuenta de Alto Costo.

Identificar la relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento de los pacientes con cáncer de mama y con cáncer próstata del régimen especial universitario reportados por la Cuenta de Alto Costo en el año

2018.

6. METODOLOGIA

Se describen en este apartado el tipo de estudio, los procedimientos, técnicas y el plan de análisis desarrollado para responder a los objetivos planteados en este estudio.

6.1 Tipo de estudio

Este es un estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, que analizó desde un enfoque cuantitativo, la oportunidad diagnóstica con la que fue desarrollada la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer de próstata y cáncer de mama durante el año 2018, a partir de fuentes secundarias, examinando las variables del reporte de la Cuenta de Alto Costo y la base de afiliados del régimen especial universitario.

6.2 Área de estudio

El estudio se realizó sobre el sistema de salud de la Universidad del Valle de la ciudad de Cali. El alcance de la investigación se limitó a los pacientes con cáncer de mama y cáncer de próstata, que reportó a la Cuenta de Alto Costo del año 2018 y la base de afiliados del Sistema de Salud de la Universidad.

Este estudio aporta al campo de conocimiento de la administración de salud, específicamente en el área de gestión administrativa y clínica y la prestación de servicios de salud.

6.3 Población y muestra

La población afiliada al régimen especial de la Universidad Pública ubicada en la ciudad de Cali en el año 2018 es de 6.099 personas; entre cotizantes, empleados docentes, no docentes y sus beneficiarios. El universo del estudio fueron 37 pacientes, de acuerdo con lo reportado por la Cuenta de Alto Costo-CAC en el 2018. Dada la población universo se realizó el examen sobre la información reportada como universo, por lo cual no se requirió calcular tamaño de muestra.

6.3.1 Criterios de inclusión

El estudio definió los siguientes criterios de inclusión para su desarrollo:

- + Mujeres que al corte del 1° de enero del 2019 tenían diagnóstico de cáncer de mama y estén reportadas en la CAC del régimen Universitario.
- + Hombres que al corte del 1° de enero del 2019 tenían diagnóstico de cáncer de próstata y estén reportados en la CAC del régimen Universitario.
- + Reporte de la Cuenta de Alto Costo del año 2018.

6.3.2 Criterios de exclusión

- + Mujeres y hombres diagnosticados con cáncer de mama y próstata a partir

del 1 de enero del 2019.

- + Hombres con diagnóstico de cáncer de mama.
- + Pacientes no reportados por la cuenta de alto costo para el periodo de estudio.
- + Pacientes con un cáncer primario distinto a próstata o mama.

6.4 Variables

El presente estudio se realizó a partir de fuentes secundarias. Las variables identificadas se seleccionarán de las fuentes que se listan a continuación:

6.4.1 Fuentes:

- Reporte Anual (2018) de la Cuenta de Alto Costo.
- Base de datos de Afiliados del Servicio de Salud universitario.

6.4.2 Selección de Variables:

Dado que este estudio se basa en el análisis de fuentes secundarias, se describe a continuación la fuente. La base de datos de Cáncer de la Cuenta de Alto Costo-CAC, está constituida por 133 variables, que se reportan en 211 campos (resolución 0247/2014), de las cuales el investigador reviso y selecciono las variables pertinentes para su estudio y las ordeno en tres grupos.

El primer grupo permitió evaluar la oportunidad diagnóstica, el segundo grupo el tratamiento y el tercer grupo el desenlace del tratamiento. Después de analizar los resultados de cada grupo, el investigador definió las variables trazadoras, que le permitieron determinar el impacto de la atención a los pacientes con Cáncer de mama y Cáncer de próstata, con base en la Oportunidad Diagnóstica para la gestión del riesgo y su desenlace en el tratamiento.

La operacionalización de las variables se integra al presente documento como un anexo, dada la extensión del documento (Anexo No1).

Se identificaron adicionalmente un grupo de variables socio demográficas, a partir de la base de datos de afiliados del servicio de salud Universitario, estas variables permitieron caracterizar socio demográficamente la población afiliada, especialmente la población afectada por el Cáncer de Mama y Próstata. Estos datos fueron planteados por el investigador con la intención de realizar la asociación de datos sociodemográficos con la oportunidad diagnóstica.

Estas variables se exponen en la Tabla No 5.

Tabla 5. Cuadro de operacionalización de variables socio demográficas

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de Medición	Valores posibles
Edad	Número de años de vida del paciente al momento del diagnóstico. Se divide en dos rangos en relación con guía de práctica clínica para Cáncer.	Cuantitativa	Razón	Mayor 18 y menor de 50. Entre 51 y 69 años.
Formación académica	Grado máximo de formación académica alcanzado por el paciente al momento del diagnóstico	Cualitativa	Nominal	Sin estudios; primaria; secundaria, Pregrado; Posgrado
Estado civil	Condición civil del paciente, que determina su condición y red de apoyo familiar.	Cualitativa	Nominal	Soltero
				Casado
				Unión libre
				Separado
Estrato socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales donde viven los pacientes	Cualitativa	Ordinal	Viudo
				Estrato 1
				Estrato 2
				Estrato 3
				Estrato 4

				Estrato 5 Estrato 6
Ciudad de residencia	Ubicación geográfica que determina accesibilidad a la atención médica.	Cualitativa	Nominal	Nombre de la ciudad
Ocupación	Actividad que desempeñaba el paciente al momento del diagnóstico.	Cualitativa	Nominal	Ama de casa; Empleado Docente; Empleado No docente; Jubilado o Pensionado

6.5 Recolección de información de la Fuente Secundaria

La recolección de la información se realizó a partir de la revisión de las fuentes secundarias de información y datos. La información de la Cuenta de Alto Costo de Cáncer, es una fuente de información secundaria, los datos que allí se recolectan son reportados anualmente de forma oficial, por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio -EAPB, con corte 1° de enero de cada año, en este caso el 1 de enero del 2019.

La información registrada en **la Cuentas de Alto Costo** se filtró a partir de tablas dinámicas a través de las cuales se agrupó la información con base en los grupos definidos por el investigador así: Las pacientes con Cáncer de mama y los pacientes con Cáncer de próstata. Se seleccionaron las variables de acuerdo con la información suministrada en relación con los 3 grupos de análisis de las categorías definidas como:

Grupo No 1. *Oportunidad diagnóstica*: Se refiere a todas las variables que den cuenta de tiempos de consulta por sospecha, valoración de primera vez,

atención para el diagnóstico, lecturas diagnósticas, estadificación.

Grupo No 2. *Tratamiento*: Variables que dan cuenta del tipo de tratamiento recibido por el paciente según su condición de la patología. Quimioterapia, Cirugía, Hormonoterapia, Radioterapia.

Grupo No 3. *Desenlace*: Se refiere a variables que dan cuenta de los resultados del tratamiento en relación con sobrevida, paliativo y mortalidad.

6.6 Plan de Análisis

Se realizó la tabulación de las variables seleccionadas por el investigador obtenidas de la base de datos de la Cuenta de Alto Costo- CAC, usando el programa Excel Microsoft; de acuerdo con la información reportada en relación con el diagnóstico, el tratamiento y el desenlace de cada paciente, identificado por la CAC del régimen especial (Universidad del Valle), del año 2018.

Como base inicial del análisis, el investigador selecciono las variables de interés para su estudio, lo que le implicó la depuración de datos, la revisión de cada una de las variables y la valoración de la pertinencia de éstas, para la identificación de la oportunidad diagnóstica, el tratamiento y el desenlace.

Se realizó un análisis exploratorio de los datos para evaluar la frecuencia y distribución de cada variable. Las variables categóricas, como el estadio del Cáncer de mama en cada mujer y la clasificación de Gleason para Cáncer de Próstata en cada hombre, se agrupó el número de casos en cada una de las categorías, reflejando el porcentaje que representan del total, y expresándolo en una tabla de frecuencias.

7. CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio obtuvo el Aval con acta de aprobación # 013-020 del Comité de Ética -CIREH de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. Se consideró sin riesgo según la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, como lo enuncia el literal “a” del artículo 11, que hace referencia a *“estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”*. Este estudio se realizó con base en fuentes secundarias de datos.

El investigador se comprometió a respetar la confidencialidad de la información y no solicitó nombres de casos. El investigador identificó los casos con códigos alfanuméricos, sin utilizar números de identidad ni nombres de los pacientes, acogiendo la normativa sobre ética de Buenas Prácticas Clínicas en Investigación.

Los datos fueron sólo fueron manejados por el investigador principal, la información de la Cuenta de Alto Costo y los datos sustraídos de la misma fueron encriptados y procesados en una base de Excel, archivados en el computador personal con clave de acceso la cual solo el investigador conocía. Una vez sea aprobada por el consejo de jurados en la sustentación, el investigador procederá a eliminar la información de su computador.

El investigador contó con la autorización escrita de la dirección del servicio de salud de la Universidad del Valle, para usar la información de la Base de Afiliados y el reporte dado por el CAC. (anexo1).

8. RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se desglosada en tres componentes en razón a los objetivos específicos planteados. Se consideraron los datos y el

análisis para los dos cánceres de este estudio, la primera parte revisa la parte socio demográfica, la segunda parte muestra la oportunidad diagnóstica y la tercera parte el desenlace del tratamiento.

Para facilitar la lectura y comprensión de este informe de investigación, se presentará la información por cada grupo de cáncer del estudio.

8.1 Población con diagnóstico de Cáncer de mama

8.1.1 Caracterización Socio demográfica

Tomando la base de datos de los afiliados se identificó a la población a estudio. Representada en 20 mujeres diagnosticadas, se realizó el análisis de las variables sociodemográficas, el cual arrojó los siguientes resultados, (ver tabla N° 6).

- Al momento del diagnóstico del Cáncer de mama, el estado civil de las mujeres del estudio muestra que el 50% estaban casadas, el 25% solteras y el 25% restante viudas.
- El promedio de edad es de $57,6 \pm 10,64$, esto expresa que el 70% de las mujeres al momento del diagnóstico, están entre los 50 y 69 años, rango en que se realiza la Tamización con la Mamografía y el 15% están entre los 40 y los 49 años, rango en el que se realiza el Examen Clínico de Mama- ECM.
- Sobre el nivel educativo, la caracterización muestra que el 55%, tiene nivel universitario completo, el 5% cuenta con el nivel de Básica primaria y el 40% restante, no tienen información reportada.
- La vinculación (o la afiliación) al servicio de salud muestra que un 25% son empleadas (docente o no docente), el otro 25% restante son familiares beneficiarios del servicio de salud y un 50% no tiene dato registrado.

- Respecto a al lugar de residencia, el 90% de las pacientes viven en la zona urbana de Cali y el 10% en la zona rural.
- Respecto a estrato socioeconómico se identifica que las mujeres que viven en la zona urbana, el 60% vive en estrato 4 y 5, sobre el 40% restante, se desconocen los datos.

Tabla No 6. Caracterización de la población de Cáncer de Mama

Casos, N	20
Edad al momento del Da, promedio (des. Est.)	57,6 (10,64)
Vinculación laboral, n (%)	
Familiar beneficiario	5 (25%)
Empleada	5 (25%)
Pensionado	10 (50%)
Estrato social, n (%)	
Estrato 3	6 (30%)
Estrato 4	4 (20%)
Estrato 5	8 (40%)
Corregimiento	2 (10%)
Entorno, n (%)	
Urbano	18 (90%)
Rural	2 (10%)
Nivel educativo, n (%)	
Básica primaria	1 (5%)
Tecnología	1 (5%)
Universitario	7 (35%)
Especialización	2 (10%)
Maestría	1 (5%)
sin dato	8 (40%)
Estado Civil, n (%)	
Soltera	5 (25%)

Casada	10 (50%)
Viuda	5 (25%)

Fuente: Elaboración Propia.

8.1.2 Trazabilidad de la Oportunidad Diagnostica para Cáncer de Mama

Para determinar la trazabilidad de la *Oportunidad Diagnostica*, el investigador sólo tomó para este análisis, los datos de aquellas pacientes que, en la base de datos de la CAC, tenían registradas como mínimo las 3 fechas que permiten identificar intervalos de tiempo relacionados con la oportunidad diagnostica. Las fechas relacionadas son:

- I. Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución que hizo el diagnostico. (Celda 19 CAC)
- II. Fecha de ingreso a la institución que hizo el diagnostico luego de la remisión o interconsulta. (Celda 20 CAC)
- III. Fecha de la primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna. (Celda 26 CAC)

Estas variables que registran las fechas, son la base para la identificación de los dos intervalos de tiempo, relacionados con la *Oportunidad Diagnostica* en lo administrativo) Primer intervalo (I y II) Segundo Intervalo (II y III).

Con la depuración de la base de datos de la Cuenta de Alto Costo sobre los casos de Cáncer de mama, en el Sistema de Salud de la Universidad, se encontró que:

- De las 20 mujeres con cáncer de mama identificadas en la base de datos de la CAC del Sistema de Salud de la Universidad, el 55% (11 mujeres) contaban con los datos de las tres fechas diligenciados. El porcentaje restante no contaba con dicha información, o la información reportada no era confiable, dado que habían sido registrados los datos a manera de “comodín”, el cual se usaba por instrucción de la CAC en dos casos: El

primer caso, cuando el diagnostico era anterior al 2014, en tanto que para esa fecha no se reportaba el evento de Cáncer a la cuenta. El segundo caso, cuando no se tenía registro de fechas, se colocaba la misma fecha para todos los campos, indiferente el momento de la atención.

- En las 11 pacientes con datos, se evaluaron dos intervalos de tiempo:

Primer intervalo (I y II): El tiempo transcurrido entre la fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución que hizo el diagnostico (Celda 19) y la fecha de ingreso a la institución que hizo el diagnostico luego de la remisión o interconsulta (Celda 20)

Segundo Intervalo (II y III) o: El tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso a la institución que hizo el diagnostico luego de la remisión o interconsulta (Celda 20) y la fecha de la primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna. (Celda 26 CAC)

Tabla 7 Trazabilidad de la Oportunidad Diagnostica.

Diagnóstico Oportuno	Mediana	Rango Intercuartílico
Oportunidad en días entre la fecha de remisión dada por el médico general y la institución que realizo el diagnostico	8	6 - 18,5
Oportunidad en días entre que la paciente asiste a la institución que realiza el diagnóstico y el día que lo ve el especialista con el resultado de la Biopsia	29	17,5 - 37,5
Oportunidad en días para la oportunidad diagnostica	36	27,5 – 45

Fuente: Elaboración Propia

- La mediana en la oportunidad de remisión a la institución que realizo el diagnóstico fue de 8 días y entre ésta y la valoración por el especialista fue de 29 días, la mediana total es de 36 días, la mediana total país para el 2018 fue de 94 días, dato reportado por la cuenta de alto costo en el 2019. (Ver

tabla N° 7)

8.1.3 Relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento de las pacientes con Cáncer de Mama.

Antes de dar cuenta de los resultados en este punto, vale la pena aclarar que el investigador se orientó hacia un análisis de variables cualitativas, que le permitió valorar los tratamientos en relación con los diagnósticos de la cohorte de 2018, que corresponde al grupo de 20 pacientes identificadas en la CAC. (Tabla No 8) (Tabla No 9)

Tabla No 8 Aspectos oncológicos de la población, año 2018	
Histología, n (%)	
Carcinoma	12 (60%)
Adenocarcinoma	6 (30%)
Sin dato	2 (10%)
Estadio, n (%)	
In situ	3 (15%)
EC 1 A	4 (20%)
EC 2A	5 (25%)
EC 2B	3 (15%)
EC 3A	2 (10%)
sin dato	3 (15%)
Presencia de HER-2, n (%)	
Positivo	1 (5%)
Negativo	9 (45%)
Indeterminado	3 (15%)
Sin dato	7 (35%)
Grado de diferenciación, n (%)	
Bien diferenciado	5 (25%)
Moderadamente diferenciado	3 (15%)
Mal diferenciado	4 (20%)
Sin dato	8 (40%)

Tabla No 9 Trazabilidad del tratamiento de la población, año 2018

Objetivo del tratamiento inicial, n (%)	20
Curativo	11 (55%)
Seguimiento	9 (45%)
Número de ciclos administrados, n (%)	
1 ciclo	8 (40%)
2 ciclos	1 (5%)
7 ciclos	1 (5%)
16 ciclos	1 (5%)
Ningún ciclo	9 (45%)
Ubicación temporal del primer ciclo, n (%)	
Adyuvancia	9 (45%)
Neoadyuvancia	1 (5%)
Manejo Curativo de Primera Recaída	1 (5%)
No aplica	9 (45%)
Características del primer ciclo de QT, n (%)	
Finalizado	4 (20%)
No finalizado	7 (35%)
No aplica	9 (45%)
Manejo quirúrgico	
Sí	1 (5%)
No	10 (50%)
No aplica	9 (45%)
Manejo radioterápico	
Sí	1 (5%)
No	10 (50%)
No aplica	9 (45%)
Resultado final del manejo oncológico, n (%)	
Remisión completa	5 (25%)
Remisión parcial	3 (15%)
Aun bajo tratamiento	3 (15%)
No aplica	9 (45%)

- La tabla de análisis presenta datos relevantes en razón a la relación del diagnóstico y con el tratamiento y su correspondencia con la gestión del riesgo. Se observa que, del total de las mujeres de la cohorte de Cáncer de mama en el 2018, el mayor número de ellas presentó Carcinoma, el mayor número de casos se diagnosticó en estadios tempranos, sin

embargo 8 mujeres no tienen dato sobre grado de diferenciación. (tabla No 8)

- De las 20 mujeres de la cohorte, 11 mujeres recibieron algún tipo de tratamiento; sin embargo, sólo en un caso se requirió manejo quirúrgico, en otro caso se requirió Radioterapia y solo una mujer recibió 16 ciclos de Quimioterapia. (Tabla No 9)
- La tasa de mortalidad en el periodo estudiado para esta cohorte de pacientes fue de 0.
- Las pacientes que fueron tratadas con medicamentos hormonales, alquilantes, antimitóticos, antraciclinas y anticuerpos monoclonales, de primera línea de manejo, con afectación positiva para el desenlace de tratamiento, por sobrevida y por costos para el sistema.

8.2. Población con Cáncer de Próstata

8.2.1 Caracterización socio demográfica de la población con diagnóstico de Cáncer de Próstata

La revisión y depuración de la base de datos de la Cuenta de Alto Costo del Sistema de Salud de la Universidad, al momento del corte del estudio, arrojó un total de 17 pacientes. La caracterización del grupo de pacientes con Cáncer de Próstata, de acuerdo con las variables sociodemográficas arrojó los siguientes resultados:

- El promedio de edad es de $68,1 \pm 9,39$, 9 de los hombres al momento del diagnóstico tenían una edad entre los 50 y 69 años, rango de edad en que de acuerdo con las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud (Resolución 3280 de 2018) que define que se debe realizar el cribado por medio de Tacto Rectal y el PSA.

- Sobre el estado civil, 15 de los pacientes con cáncer de próstata, se encontraba casado al momento del corte.
- Respecto al nivel educativo de los pacientes, 9 tenían formación universitaria, 2 personas contaban con la formación básica primaria y 6 no tenían esta información diligenciada.
- Respecto a la vinculación (Afiliación) con el servicio de salud de la Universidad, 13 pacientes son pensionados, 3 son beneficiarios y solo 1 está activo laboralmente.
- El 100% de las pacientes viven en la zona urbana de Cali, y de ellos 9 viven en estratos 4 y 5 y 8 viven en estratos 2 y 3.

Tabla N° 10. Caracterización de la Población de Cáncer de Próstata

Caracterización de la población de Cáncer de Próstata	
Casos, N	17
Edad al momento del Dx, promedio (desv. Est.)	68,1 (9,39)
Vinculación laboral, n (%)	
Familiar beneficiario	3 (18%)
Docente	1 (6%)
Pensionado	13 (76%)
Estrato social, n (%)	
Estrato 2	3 (18%)
Estrato 3	5 (29%)
Estrato 4	2 (12%)
Estrato 5	7 (41%)
Entorno, n (%)	
Urbano	17 (100%)
Rural	0 (0%)
Nivel educativo, n (%)	
Básica primaria	2 (12%)
Tecnología	1 (6%)
Universitario	1 (6%)
Especialización	2 (12%)
Maestría	2 (12%)
Doctorado	3 (18%)

sin dato	6 (35%)
Estado Civil, n (%)	
Soltero	1 (6%)
Casado	15 (88%)
Viudo	1 (6%)

Fuente: Elaboración Propia

8.2.2 Trazabilidad de la oportunidad diagnostica para Cáncer de Próstata

El análisis de las variables relacionadas con la oportunidad diagnostica en relación con el tiempo de la atención, se analizó de la misma forma como se hizo para la cohorte de mujeres con Cáncer de mama. Es decir, se consideraron los intervalos de tiempo transcurridos entre las tres variables de la CAC que son:

- Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general hacia la institución que hizo el diagnostico. (Celda 19 CAC)
- Fecha de ingreso a la institución que hizo el diagnostico luego de la remisión o interconsulta. (Celda 20 CAC)
- Fecha de la primera consulta con médico tratante de la enfermedad maligna. (Celda 26 CAC)

De los 17 pacientes, sólo 4 tenían esta información diligenciada, los demás tenían comodines (los mismos que se explicaron para el caso de Cáncer de mama). Con lo anterior los resultados fueron:

- La mediana en la oportunidad de remisión a la institución que realizó el diagnóstico, fue de 11 días y entre ésta y la valoración por el especialista, fue de 54 días. La mediana del total de la trazabilidad fue de 70 días. La mediana del país, estaba para ese momento en 110 días, dato reportado por la cuenta de alto costo en el 2019.

Tabla N° 11. Oportunidad Diagnostica según variables de CAC.

Diagnóstico Oportuno	Mediana	Rango Intercuartílico
Oportunidad en días entre la fecha de remisión dada por el médico general y la institución que realizo el diagnostico	11	6,75 - 21,75
Oportunidad en días entre la institución que realizo el diagnóstico y el día que lo ve el especialista con el resultado de la biopsia	54	43 - 70,5
Oportunidad en días para la oportunidad diagnostica	70	65,75 - 81,25

Fuente: Elaboración Propia

- En la tabla 9, se aprecia que la oportunidad entre la remisión del nivel primario, (en donde se le realizó el PSA y el Tacto Rectal) y la IPS que hizo el diagnóstico, está entre los 6,75 y 21,7 días, con una mediana de 11 días, que se considera un tiempo razonable.
- En la misma tabla, se presenta la oportunidad en días transcurridos entre la fecha en que el paciente se le realiza la biopsia y la fecha en que es atendido por el especialista. Para este caso, se presentó una mayor variabilidad que para la oportunidad anterior, toda vez que la mitad de los pacientes de la cohorte tuvo un tiempo entre los 43 y 70,5 días, con una mediana de 54 días.

Esto se puede explicar en razón a varios factores. Las decisiones personales de los pacientes de acudir o no al examen por los mitos que

sobre éste se tienen o por la condición del paciente en relación con patologías concomitantes, como el estar anticoagulado, lo cual según la guía de práctica clínica implica la realización de pruebas de laboratorio clínico, que pueden sumar días a la oportunidad y afectar la mediana.

8.2.3 Relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento de los pacientes con Cáncer de Próstata

Se aclara que los tratamientos analizados, fueron los formulados y dados para el año de corte del estudio y no los realizados antes del 1 de enero del 2018.

- De los 17 pacientes con Cáncer de Próstata, 13 pacientes recibieron tratamiento con fines curativos. (vale aclarar que los otros fines considerados son de tipo paliativo).
- En la histología, el 100% de los pacientes presentaba Adenocarcinoma.
- El reporte de clasificación de Gleason, indicó que 8 pacientes fueron calificados con bajo grado, que se traduce en buen pronóstico, 4 de los pacientes fueron calificados de alto grado, lo cual indica un pronóstico no tan favorable y 5 de los pacientes no tienen dato registrado. Cabe aclarar que esto no significa que no hayan sido clasificados, según la guía de práctica clínica, lo ideal es que estos tipos de tratamiento tengan la clasificación.

Tabla N°12. Clasificación de Gleason.

CLASIFICACION DE GLEASON	
Estadio, n (%)	17
Gleason 2	1 (6%)

Gleason 3	3 (18%)
Gleason 4	1 (6%)
Gleason 5	1 (6%)
Gleason 6	2 (12%)
Gleason 7	1 (6%)
Gleason 8	1 (6%)
Gleason 9	1 (6%)
Gleason 10	1 (6%)
Sin Dato	5 (28%)

Fuente: Elaboración propia

- En los datos sobre el tratamiento, 4 pacientes recibieron terapia sistémica durante el periodo de estudio y recibieron cada uno 3 ciclos de manejo, 2 de los pacientes recibieron terapia adyuvante y la tercera terapia inicial curativa. Un paciente se llevó a cirugía, otro a radioterapia y dos no finalizaron la terapia en el corte del estudio por presentar remisión parcial al tratamiento.
- Frente a los medicamentos utilizados, todos los pacientes recibieron medicamentos hormonales.
- La tasa de mortalidad en el periodo estudiado fue de 0 para esta corte de pacientes.

Tabla N°13. Resumen Pacientes Cáncer de próstata

Aspectos oncológico de la población, año 2018	
Objetivo del tratamiento inicial, n (%)	
Curativo	13 (76%)
Seguimiento	4 (24%)
Histología, n (%)	
Adenocarcinoma	17 (100%)
¿Recibió terapia sistémica?	
Sí	3 (18%)
No	14 (82%)

Número de ciclos administrados, n (%)	
3 ciclos	3 (18%)
No aplica	14 (82%)
Ubicación temporal del primer ciclo, n (%)	
Adulancia	2 (12%)
Tratamiento inicial curativo	1 (6%)
No aplica	14 (82%)
Características del primer ciclo de QT, n (%)	
Finalizado	1 (6%)
No finalizado	2 (12%)
No aplica	14 (82%)
Manejo quirúrgico	
Sí	0 (0%)
No	3 (18%)
No aplica	14 (82%)
Manejo radioterápico	
Sí	1 (6%)
No	2 (12%)
No aplica	14 (82%)
Resultado final del manejo oncológico, n (%)	
Remisión completa	1 (6%)
Remisión parcial	2 (12%)
No aplica	14 (82%)

Fuente: Elaboración propia.

9. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Los estudios basados en análisis de fuentes secundarias, representan un aporte importante al conocimiento, en tanto que hacen uso de información disponible que ha sido recolectada con objetivos que no necesariamente son coincidentes con el interés inicial del investigador, pero que surgen como una oportunidad de aproximarse a responder preguntas de investigación.

El alcance de esta investigación permitió revisar la base de datos de la Cuenta de Alto Costo, que ha sido recolectada, organizada y sistematizada sobre el

diagnóstico y tratamiento en Cáncer, del Sistema de Salud de la Universidad del Valle.

Dada la magnitud y complejidad de los datos e información que, a partir de esta fuente de información secundaria, el investigador se encontró con algunas limitaciones no previsibles antes de iniciar el estudio. Las siguientes fueron las limitaciones del estudio:

- La base de datos tiene un marco normativo que define una temporalidad para el reporte por parte de las aseguradoras, también llamadas EAPB. El tiempo de reporte de esta información al asegurador por parte de la CAC, sólo está disponible hasta el corte del siguiente año en la primera semana del mes de mayo. Lo anterior limita la posibilidad de contar con información más reciente sobre los casos de pacientes a estudiar.
- El número de variables que contiene la base de datos es amplio, para este estudio se debían seleccionar sólo aquellas variables relacionadas con los objetivos del estudio centrados en *Oportunidad diagnóstica* y *Desenlace de tratamiento*. Esto implicó la depuración de la información del archivo reportado por la CAC, y con ello la identificación de un número importante de celdas sin diligenciar, lo cual no permitió dar alcance a análisis más desagregados sobre la oportunidad diagnóstica, sin embargo, se pudo cumplir con los objetivos de la investigación.

10. DISCUSION

En cáncer, la *Oportunidad Diagnostica* es el pilar fundamental de la detección temprana en la que se basa el seguimiento a riesgo. Considerada como una patología “ruinosa” o “catastrófica”, es catalogada como un evento de interés en Salud Pública. Éste es uno de los diagnósticos que la CAC, ha identificado para el ajuste por riesgo, la distribución de recursos, la evaluación y el monitoreo de aseguradores y prestadores en las patologías de alto costo, en el país. (<https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/politica-de-calidad/>).

Como elemento para la discusión se debe considerar sí el seguimiento que se hace desde el 2014 por la CAC, busca es el diagnóstico temprano del cáncer o busca es controlar el costo, o las dos. ¿Si es así, porque se siguen diagnosticando canceres tardíamente?, cómo el cáncer de mama y próstata continúan siendo los de mayor incidencia y prevalencia ¿y más aún porque los costos para el sistema siguen siendo tan altos?

Se puede caer en un error, tratando de fortalecer la tamización en el nivel primario de atención, buscando resultados a corto plazo que no se dan, o el otro escenario es que se está tratando de manejar el cáncer ya instaurado buscando contener el costo sin mucho éxito. Las estrategias al final deben ir encaminada en ambos escenarios, pero debe haber una real articulación entre el nivel primario con el nivel complementario, una comunicación asertiva que permita cumplir las estrategias del Plan Decenal de Control de Cáncer de

Colombia.(2)

Este estudio se enfocó en el diagnóstico temprano (enfoque clínico), la oportunidad diagnóstica (enfoque administrativo) y los resultados del tratamiento vistos desde la gestión administrativa, que dan cuenta de la condición del paciente desde el momento en que se confirma el diagnóstico, hasta que los pacientes viven libres de enfermedad o fallecen.

Se analizó los datos de los pacientes de la cohorte de Cáncer del Servicio de salud de la Universidad, integrando el conocimiento administrativo y clínico, para dar cuenta desde la *Oportunidad Diagnóstica* como indicador administrativo, sobre los tiempos de atención y su impacto en la condición de paciente, complementándolo con información relacionada con estadificación, tipos de tratamiento, supervivencia y con ellos la disminución de costos en el sistema de salud de los cánceres estudiados.

Para la discusión, es pertinente reconocer que este estudio se basó en fuentes secundarias, con información recolectada a través de reporte enviado a la CAC por las aseguradoras; que la calidad del dato y su diligenciamiento correcto y confiable, estuvo supeditado a la capacidad y conocimiento de los responsables de registrar esta información para su respectiva envío y trámite; quienes a su vez se basaron en los registros asistenciales para el respectivo diligenciamiento.(54) La información reportada fue enviada a la CAC por el representante legal, quién es el responsable de firmar los archivos para dar fe de la veracidad y confiabilidad de los datos.

Los resultados de este estudio en relación con la caracterización sociodemográfica de las pacientes de cáncer de mama, mostró que el promedio de edad fue de 57,6 años; el 50% tenía estudios universitarios; el 50% estaba casada; el 60% pertenecía a estratos sociales 4 y 5, el 25% estaban vinculadas como empleadas o beneficiarias al Servicio de salud y el 90% residía

en la zona urbana de Cali. En relación con estos resultados sociodemográficos, el informe del Instituto Nacional de Salud en 2018 sobre este evento, reportó que la edad de diagnóstico a nivel nacional está en los 57 años, dato totalmente coincidente con lo encontrado en esta población del Sistema de Salud de la Universidad (54).

Respecto a los datos sobre el perfil demográfico de la población afiliada al Servicio de Salud de la Universidad del Valle; es pertinente resaltar que, como entidad pública, brinda garantías laborales a sus trabajadores ya sean empleados docentes o no docentes y esto determina de alguna manera, que como muestran los resultados, las condiciones de vida de las personas estén por encima de la media nacional.

En relación con los dos momentos (Intervalos de tiempo) identificados como *Oportunidad Diagnostica* (Administrativo) en cáncer de mama, los resultados mostraron que la mediana para el primer intervalo de tiempo (Entre I y II) fue de 8 días y, para el segundo intervalo de tiempo (Entre II y III) fue de 29 días, lo que permitió obtener una *Oportunidad Diagnostica* total de 36 días. Si comparamos este resultado con el promedio para Colombia reportado en la CAC en el 2018 (53), que mostró una mediana de *Oportunidad Diagnostica* de 93 días; la diferencia con el régimen especial de la Universidad del Valle fue de 57 días menos que la mediana nacional, no obstante, es importante considerar que el tiempo de referencia de acuerdo con estándares internacionales para Cáncer de mama se espera que no sea mayor a 30 días (54). Lo anterior ubica al servicio de salud de la Universidad del Valle con una muy buena gestión de riesgo en relación a Colombia (53)

La relación entre el diagnóstico y el desenlace del tratamiento del grupo de mujeres con Cáncer de mama, mostro que, durante el corte del periodo de estudio, el 45% estaba en seguimiento sin tratamiento y el 55% recibió algún tipo de manejo. Al finalizar el periodo revisado, solo el 15% del grupo de mujeres con tratamiento continuaba recibiendo algún tipo de manejo. Esto

además impacto en la tasa de mortalidad que fue Cero en el periodo evaluado; según los datos reportados en el informe del Instituto Nacional de Salud para el 2018, el Cáncer de mama tuvo una mortalidad en Colombia estimada en 9,41% (54).

Respecto a los resultados encontrados para el grupo de pacientes con Cáncer de próstata, el promedio de edad fue de 68,1 años; este dato coincide con la edad de los casos nuevos para el mismo año en el informe de la CAC (55). Respecto al nivel de estudios, el 48% tenía estudios universitarios, el 88% está casado, el 48% vivía en estrato sociales 4 y 5 y el 100% reside en la zona urbana de Cali. Sobre estos datos no se hizo referenciación con la CAC, dado que en ésta base de información, no se integran estas variables sociodemográficas.

Como se expresó para el grupo de cáncer de mama, la población masculina con cáncer de próstata, tiene unas condiciones de vida superiores a la media nacional. La mayor parte de esta población, vive en la zona urbana, lo que facilita el acceso, la oportunidad y la atención de estas patologías. No se encontró una relación importante, en lo relacionado con el nivel de estudio.

Los tiempos en la oportunidad diagnóstica, al igual que en el grupo de cáncer de mama, se revisaron en dos momentos o dos intervalos de tiempo. El primer intervalo entre las variables (I y II), la mediana fue de 11 días y el segundo intervalo entre las variables (II y III) la mediana fue de 54 días, con una *Oportunidad Diagnóstica* total de 70 días. El número de días aceptable para la oportunidad diagnóstica es de 30 días, sin embargo, en este caso la diferencia entre lo reportado por el sistema de Salud de la Universidad y la CAC, presenta el doble de días respecto a lo deseado, lo cual da cuenta de una inoportunidad diagnóstica en razón a lo esperado. (55)

Del grupo de pacientes con Cáncer de próstata, el 88% estaba en seguimiento sin ningún tratamiento y el 12% estaba activo con algún tipo de tratamiento, la tasa de Mortalidad durante el periodo evaluado fue de cero. En este caso es

importante valorar que la tasa de mortalidad para Colombia en el año 2018, fue reportada por el informe anual de la CAC en 20.4%. (55).

El resultado de estos dos canceres muestra que la oportunidad en disminuir los tiempos, en los diferentes momentos de atención, permitió un diagnóstico temprano llevando al corte de 2018 y por ende el tratamiento que recibieron no fue tan agresivo. Al final del periodo solo el 15% en cáncer de mama y el 12 % en cáncer de próstata, continuaban en tratamiento y la mortalidad fue de 0%.

Se observa que la oportunidad diagnostica en el primer intervalo de tiempo, fue menor, lo cual puede estar relacionado con los procesos administrativos de remisión entre el prestador primario y la institución que realiza el diagnostico. Sin embargo, no pasa igual en el análisis del segundo intervalo de tiempo para la oportunidad diagnostica. Para el caso de Cáncer de mama, se da en un tiempo de 11 días. Para el caso del Cáncer de Próstata, es llamativo que el segundo intervalo es dos veces mayor el tiempo total estimado como adecuado para la oportunidad diagnostica total, definida por la CAC, como ya se describió en 30 días. (55)

Aunque en el grupo de mujeres con Cáncer de mama, no se observa una afectación importante en la *Oportunidad Diagnostica*, en el intervalo de tiempo definido para la práctica de los exámenes diagnósticos para la mujer, es “posible” que la mamografía genere temor por el dolor al realizar el procedimiento, como lo describen en el estudio de *Varela, Capola Et al*, Las autoras analizan el miedo que genera en las mujeres la realización de la mamografía y el temor de recibir un diagnóstico de Cáncer de mama.(56)

La oportunidad diagnostica para el cáncer de próstata puede estar relacionado con las recomendaciones y condiciones que “debe cumplir” el paciente para ser sometido a la Biopsia de próstata. En este caso se requiere que el paciente, no estuviera tomando anticoagulantes y si los tomaba debía realizarse pruebas de coagulación y de plaquetas recientes; lo cual según los protocolos debe cumplirse para evitar las complicaciones post procedimientos y evitar una

infección o sangrado que en ocasiones puede requerir tratamiento intrahospitalario. Lo anterior sumado a lo incómodo que puede resultar el examen y el temor que puede generar en los hombres (57).

Respecto a la importancia de los estudios para el diagnóstico; en Colombia el examen clínico de la mama se hace en las mujeres a partir de los 40 años mientras que en México lo realizan desde los 25 años(10). Según los datos del Centers for Disease Control and Preventing de Estados Unidos (CDC), el Cáncer de mama antes de los 40 años, en el 90% de las pacientes son sintomáticas indicando que no es detección temprana y la tendencia con los años, viene mostrando un incremento de esta patología entre los 30 y los 40 años. Entre 1994 y 2004 aumento 1,3% de la enfermedad por año, lo que podría dar paso a que en Colombia se incluya en los protocolos el examen clínico de la mama en alrededor de los 30 años de edad, en mujeres con factores de riesgo. Un estudio del Sistema de Garantías Explicitas en Salud de Chile del 2000 al 2010, encontró similitud con respecto al diagnóstico en estadios tempranos, para Chile el 65,7% y para Colombia el 66,6% para cáncer de mama.(11)

En próstata la tamización con el Tacto rectal y el PSA, de acuerdo con un estudio realizado en Bogotá, mostró que solo el 53,7 % tenía PSA en los últimos dos años(12). Lo anterior da cuenta que la falta de programas de tamización poblacional limita el diagnóstico temprano para el cáncer de próstata y que, de acuerdo con el tipo de régimen de aseguramiento, la posibilidad de tamización aumenta o disminuye, lo que conlleva a una falta de *Oportunidad Diagnostica*. (57)

La teoría con base en la cual el investigador orientó el análisis administrativo para alcanzar el objetivo general del estudio, fue la Teoría Neoclásica, que se adapta al Modelo del Control del Cáncer del Instituto Nacional de Cancerología - INC y que fue el marco de referencia para este estudio. Sus cuatro funciones deben ser conocidas, adaptadas y articuladas entre sí para lograr el objetivo de tener población sana o con diagnósticos en estadios tempranos, en ambas

patologías y en general para aquellos cánceres que se puedan tamizar (21).

Esta discusión se planteó desde la teoría neoclásica y por tanto pretende realizar el análisis por cada función. La *planeación* es fundamental para la definición de los objetivos de manera que sean claros, medibles y permitan alcanzar las metas propuestas, enfocadas en el acto médico y no en el costo de la atención. La EAPB no debe enrutar sus objetivos al control del costo, porque corre el riesgo de afectar la calidad de la atención y los prestadores de servicios de salud -IPS, no deben centrar sus objetivos en rentabilidad económica sobre la atención de estas patologías. (25)

La base de datos de la CAC, está definida como una herramienta para la gestión del riesgo integral. Sin embargo, este tipo de herramientas toman un valor determinante para la función de planeación, siempre que la calidad del dato, la confiabilidad, la suficiencia y la oportunidad de la información corresponda con las necesidades de uso de los usuarios. En este caso el asegurador, que tiene la responsabilidad de la gestión del riesgo. (55)

El objetivo macro debe estar orientado a mantener el seguimiento y control de la población a riesgo, de manera que tengan un pleno conocimiento de la patología, las características sociodemográficas del paciente y los gastos que implica la atención con calidad. Aquí juegan un papel importante, los protocolos, las rutas, las guías de atención, la medicina basada en la evidencia para garantizar la aplicación de recursos económicos para el manejo y la atención de los pacientes con el mejor aprovechamiento de costo.

La segunda función es la *Organización*, en este caso las EAPB y las IPS son las encargadas de poner en marcha las actividades y ejecutar lo que se planeó a través de las diferentes áreas de la organización y del talento humano, se deben tener flujogramas y un cronograma para el seguimiento. Deben estar claras las funciones, competencias y responsabilidades.(21) En las organizaciones el talento humano juega un papel fundamental, pero esto es más evidente en las organizaciones responsables de la atención de las

personas con patologías oncológicas ya sea desde el asegurador o del prestador, debido a que estas patologías tienen un componente social importante y el personal a cargo de estas cohortes, deben tener amplio conocimiento en los temas clínicos, deben conocer los aspectos administrativos y deben estar sensibilizados frente a estas patologías para garantizar atención integral con la articulación de todas las áreas de la organización. Esta prioridad sobre el fortalecimiento del talento humano para la gestión del riesgo, la considera el Plan Decenal de Control de Cáncer de Colombia en su línea estratégica No 6. (15)

La tercera función, la *dirección*, que define la importancia del liderazgo, la motivación y la comunicación asertiva, para que se cumplan los objetivos propuestos desde la planeación y es importante que haya convicción por lo que se espera lograr como meta para la atención de la población oncológica. La dirección requiere de objetivos y metas claras, su desarrollo se fundamenta en una filosofía que permea las decisiones y las acciones de la organización en el marco de su modelo de atención (20).

El asegurador, en este caso la Universidad como régimen especial, debe definir los lineamientos del plan de acción que permite presupuestar, gestionar y controlar los recursos y capacidades para alcanzar las metas propuestas. Desde esta mirada se observa que la Gestión del Riesgo en Salud, ha estado desarrollándose en el marco del Modelo de Atención del Servicio de Salud, que se reconoce como un modelo de salud familiar.

Para los lectores de esta investigación puede resultar limitado el estudio, en tanto que el grupo de pacientes por cada tipo de cáncer estudiado no supera los 20 casos. No obstante, esto no debe interpretarse de esta forma, puesto que el análisis de la información reportada por la CAC, demuestra que el sistema de salud de la Universidad, tiene un adecuado desempeño evidenciado en el desenlace de tratamiento positivo para los paciente, en ambos casos, pese a que para el grupo de pacientes de hombres con cáncer de próstata la

oportunidad fue superior a la ideal, no se genera mortalidad por esta causa, por lo menos en el corte del 2018, que fue la información con la que se realizó esta investigación.

La última función de la teoría Neoclásica, el *Control* integra las funciones anteriores de la administración para cumplir con los objetivos propuestos que permitan que el modelo de atención de los pacientes con cáncer de mama y próstata funcione, con metas muy claras a largo, mediano o corto plazo.(16) El rol del administrador de salud tiene un campo de acción importante donde debe lograr articular estas funciones para que no se vuelva un rompecabezas en el modelo de atención de estas patologías. Las capacidades en las organizaciones deben permitirles reorientarse en búsqueda de las mejores formas de actuación; al punto que un gerente puede ser relevado del cargo, la misión y la visión pueden ser repensadas y se pueden reestructurar muchas áreas o servicios dentro de las organizaciones, pero no será posible deshacer lo que no se haya hecho en la atención en salud de un paciente con cáncer de mama o próstata.

Para el investigador el marco de referencia del modelo de atención del cáncer descrito en el Plan Decenal para el Control del Cáncer,(2) integra el modelo administrativo de la atención del cáncer. Esta investigación muestra que sí hay Oportunidad Diagnostica, es posible Gestionar el Riesgo en estadios tempranos, con tratamientos menos agresivos con los pacientes y a un menor costo para el sistema. Vale la pena anotar que no es posible evidenciar o medir en la matriz de la CAC, las actuaciones desde el nivel primario de atención, que es la puerta de entrada del paciente sano o en estadios iniciales de una patología. (55)

La Gestión Integral de Riesgo en Salud-GIRS, se evalúa bajo la consideración de la información reportada por la CAC, se puede esperar que los objetivos y metas puedan ser valorados en su cumplimiento e impacto en la población

oncológica atendida. No obstante, la Resolución 0247 de 2014, define que es de obligatorio reporte para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB, (EPS del régimen subsidiado y del contributivo), la información sobre los pacientes con cáncer y en especial los cánceres priorizados entre los que se cuenta el Cáncer de mama y el cáncer de próstata. (47)

En el marco normativo no está explícito la obligatoriedad del reporte para los Regímenes de Excepción o Régimen Especial de Salud; esto se explica porque en estos regímenes, la UPC (Unidad de Pago por Capitación) no es equiparable con lo que está definido anualmente para los regímenes Contributivo y Subsidiado, que corresponde respectivamente a \$938.926 y \$872.496 (2021), en el régimen de excepción puede ser superior hasta más de un 300%, por lo que no se considera para la distribución de recursos del sistema.

El objetivo del Ministerio de Protección Social frente a la creación de los mecanismos e instrumentos para el cálculo y distribución de recursos, es brindar las garantías de acceso, calidad y oportunidad a los pacientes oncológicos, para que las aseguradoras realicen las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación, motivadas por los incentivos económicos que les representa integrar acciones de Gestión del Riesgo, en este tipo de pacientes con enfermedades de alto costo y así equilibrar la afectación financiera que les representa para el asegurador obligado a compensar, la carga de enfermedad de la población oncológica afiliada. (47).

La información obtenida por el investigador al momento del corte del estudio, presentaba debilidades frente a asuntos como la completitud de la información, la confiabilidad de los datos (sobre todo por las fechas usadas como comodines) y la oportunidad del reporte. Esto puede explicarse en que el reporte de la información por el Régimen Especial a la CAC (55), en ese momento, se daba en razón al marco normativo, sin que representará un retorno positivo para el sistema de salud de la Universidad, más allá de generar una data con la que se generaran análisis relacionados con el seguimiento al

costo de la atención de esta cohorte de pacientes.

Actualmente la CAC, ha mejorado los instrumentos y herramientas para el reporte y análisis de la información. El SISCA y HYGAS (54), son sistemas de información que han agregado mayor control sobre la calidad del dato, el uso de la información y la utilización de estas herramientas. La situación hoy día, permite reconocer el esfuerzo que tanto la CAC ha realizado por mejorar la calidad del reporte, como por parte del asegurador Sistema de salud de la Universidad, de integrar al equipo humano un responsable del reporte con calidad, de manera que esta información pueda ser usada para la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS de la población afiliada.

Este estudio demuestra la importancia que tiene para los regímenes especiales que se realice el reporte de información a la CAC y que ésta información pueda ser gestionada por cada asegurador, con el alcance que se hace ya para otras patologías como el VIH, la Enfermedad Renal y otras enfermedades consideradas “Ruinosas” o “Catastróficas”,(54) que implican altos costos para su atención. Para este régimen en particular, vale la pena que se generen análisis que permitan conocer la oportunidad diagnóstica de acuerdo con las características de población, carga de enfermedad, costos per cápita y resultados del desenlace de tratamiento, que implican calidad de vida y supervivencia.

A pesar de que la normatividad que definió el reporte de los cánceres priorizados (Entre los que se encuentra Cáncer de mama y próstata) se dio a partir del 2014, las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado aún no están recibiendo los recursos de distribución por cáncer, sin embargo, ya se está generando el reconocimiento en la calidad del dato y con ellos se evidencia la oportunidad diagnóstica y su impacto en el desenlace del tratamiento (47).

La importancia de este estudio es resaltar la *Oportunidad Diagnóstica* desde lo administrativo, con objetivos claros, como asegurador, con un direccionamiento

y liderazgo que permita que el Modelo de Atención en Cáncer pueda ser operable en el tiempo y que sus resultados puedan ser observados en los pacientes y no en el gasto o el costo que beneficie al asegurador y al prestador. Esto será posible si se construye confianza entre los actores que intervienen en la atención.

La *Ruta Administrativa*, debe darse en términos de claridad entre el asegurador y los prestadores, sobre lo que quieren para sus usuarios y cuanto están dispuestos a pagar y a recibir por el manejo de esta población. Se debe definir la GIRS(49) desde el nivel primario de atención y su integración al nivel complementario. La comunicación entre estos niveles de atención, las formas de contratación y pago, las autorizaciones y el curso del paciente por las RIAS, deben eliminar las barreras en la atención a los pacientes, para que se cumplan los objetivos y metas de la GIRS.(49)

El Servicio de Salud de la Universidad del Valle cumple la función de asegurador y de prestador de servicios, en esta última asegura la prestación de todo en nivel de atención primaria, siendo una de sus fortalezas con un modelo de medicina familiar donde refuerza el seguimiento y conocimiento de los médicos familiares por su población a cargo. Se tiene estructuradas su propia ruta y tiene una red de prestadores externos certificada en calidad, para la atención complementaria del paciente con cáncer de mama y próstata.

11. APORTES AL CAMPO DE LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD

Con la presente investigación se fortalece el término la *Oportunidad Diagnostica* desde lo administrativo, ya que hoy día se comprende desde lo clínico y se equipara con Diagnóstico Temprano. El tener clara ésta diferencia facilita al Administrador de Salud revisar todo el proceso de atención, desde el primer momento que se sospecha un cáncer, se confirma el diagnóstico y se inicia el tratamiento.

El indicador de *Oportunidad Diagnostica* permite valorar la red disponible, la capacidad instalada, los modelos de contratación y pagos, los mecanismos de autorización, los mecanismos de seguimiento y monitorización, la articulación con la gestión clínica, el seguimiento a guías, protocolos, las rutas que permita a los gerentes, directores coordinadores del aseguramiento ser garantes de diagnósticos tempranos ,inicio de tratamientos oportunos y con ello tener como desenlace mayor sobrevida libre de enfermedad.

Este trabajo de investigación aporta conocimiento al campo de la administración frente a las diferentes funciones de la administración y la importancia de su inter relación. La planeación, la organización, la dirección y el

control, son campos de actuación del administrador y su desempeño en cada una de ellas determina los resultados en la otra.

Los resultados de esta investigación serán publicados en revistas del campo de la administración en salud y de la Salud y serán divulgados en diferentes escenarios de salud nacionales e internacionales enfocados a la comprensión de la gestión administrativa, mostrando que desde la mirada del administrador se pueden plantear desarrollos que fortalezcan e innoven en las maneras como se comprenden las prácticas y resultados en salud.

12. CONCLUSIONES

- No se logró establecer una asociación entre los resultados sociodemográficos con la *Oportunidad Diagnostica* para el cáncer de mama y próstata.
- La *Oportunidad Diagnostica* mostro un valor muy importante en la detección temprana del cáncer de mama y próstata en el Servicio de Salud de la Universidad del Valle, con cero muertes para estas patologías en el periodo evaluado.
- Se encontró relación entre el diagnóstico temprano y la atención oportuna con el desenlace del tratamiento, dado que se utilizaron primeras línea de manejo, lo que además de impactar positivamente en el desenlace de tratamiento y con ello la recuperación de los pacientes, disminuye los costos de la atención.
- Se enfatizó el termino de *Oportunidad Diagnostica*, desde lo administrativo, haciéndola más visible en este estudio con relación al concepto de Detección Temprana desde lo clínico.

- Se visibilizo la atención y manejo de pacientes con estos canceres en el Régimen Especial.

13. RECOMENDACIONES

- Se deben fortalecer los sistemas de información, puesto que son la fuente para tomar las mejores decisiones, se reflejó en esta investigación que si se tuvieran todas la variables diligenciadas, se podrían tener indicadores con información más robusta y clara para la toma de decisiones.
- Se recomienda a los tomadores de decisiones, Revisar el modelo de atención de cáncer, y unificar un solo modelo para el País, desde las guías y protocolos, y adaptarlas al país, con las fortalezas o debilidades que tenga el sistema, entre lo que se debe trabajar fuertemente es unificar tarifas.(medicamentos, Ayudas diagnosticas especializadas, Procedimientos quirúrgicos), y esto permita pensar más en el paciente y menos en cifras económicas.
- Se recomienda a la Cuenta de Alto Costo, que es importante resaltar lo bueno que se hace, eso es motivacional, dejando claro es un deber que todos los actores del manejo y atención de cáncer hacerlo bien cada día, y si los prestadores o aseguradores que están haciendo las cosas bien, lo más importante es revisar lo que están haciendo para que se pueda

replicar y al final salga ganando el paciente con cáncer.

- Se recomienda continuar este tipo de investigaciones, que son las que permiten sensibilizar de lo mucho o poco que se está haciendo para el manejo de estos cánceres y comparándolo con otros países.
- Se recomienda a la Maestría en Administración de Salud continuar y si es del caso fortalecer el enfoque del administrador de salud con la salud pública, esto es lo que permite, además de lo administrativo, tener una visión más amplia asociando lo público, lo social y lo poblacional.
- Se recomienda al Servicio de Salud de la Universidad del Valle caracterizar a la población con cáncer de mama y próstata, con todas las fuentes que la puedan generar, desde lo administrativo, revisando toda la ruta, hasta lo clínico desde el prestador interno que es el mismo servicio médico con todos sus profesionales hasta los prestadores externos que deben generar la información completa y entregarla al asegurador.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. International Agency for Research on Cancer (IARC). Global Cancer Observatory [Internet]. Gco.iarc.fr. 2018. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/databases.php>
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2013.
3. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia. [Internet]. Bogotá D.C: Cuenta de Alto Costo; 2017.
4. Todos los regímenes de salud de las universidades públicas están en crisis. [Internet]. Opinion & Salud. 2020.
5. The Economist Intelligence Unit. Preparación para el abordaje del cáncer en América Latina: Construyendo sobre los avances recientes [Internet]. Londres. 2019.
6. Sistema De Seguridad Social Integral. [Internet]. Publicado en el Diario Oficial. N.41148. Ley 100 Colombia 1993, (23 de diciembre, 1993). Bogotá. 1993

7. Chaparro Pinzón R. Régimen De Excepción y Especial En Salud [Internet]. prezi.com. 2020. Disponible en: <https://prezi.com/>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. La Gestión Integral del Riesgo en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2015.
9. Arratibel P, Bengoa R. Implementando la triple meta: «lecciones» desde el ámbito directivo [Internet]. Papeles de la Economía Española. 2014. Disponible en: <https://www.funcas.es/publicaciones/revistas/papeles-de-economia/>
10. Rodríguez Ríos M, Uscanga Sánchez S, Gutiérrez Vega P, Jiménez García G. Factores asociados a la oportunidad en el diagnóstico de cáncer de mama. Revista de sanidad militar [Internet]. 2003; (5). Disponible en: <https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-sanidad-militar/articulo/factores-asociados-a-la-oportunidad-en-el-diagnostico-de-cancer-de-mama>
11. Del Castillo, SM C, Cabrera, M E, Derio L, Gaete F, Cavada G. Resultados del tratamiento del cáncer de mama, Programa Nacional de Cáncer del Adulto. Revista médica de Chile [Internet]. 2017;(12). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v145n12/0034-9887-rmc-145-12-1507.pdf>
12. Borda M, David Pardo D, Ríos Zuluaga J, López Zea A, Forero Borda L, Gutiérrez S et al. Asociación entre tamización de cáncer de próstata, vinculación al sistema de salud y factores asociados en adultos mayores: análisis secundario de la encuesta SABE Bogotá, Colombia. Revista Urología Colombiana [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1016/j.uroco.2017.02.005>
13. Arnedo Franco G. Análisis de sobrevida relacionada con factores pronósticos en mujeres con cáncer de mama tratadas en un centro cancerológico de la ciudad de Barranquilla, 2011-2016 [Internet]. Hdl.handle.net. 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10584/8123>
14. Acuña Merchan L, Ramírez P. Cancer risk management in Colombia, 2016. Colombia Médica [Internet]. 2018; (Vol 49 No 1). Disponible en:

<https://doi.org/10.25100/cm.v49i1.3882>

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal para el Control de Cáncer en Colombia 2012-2021. Colombia: Instituto Nacional de cancerología; 2011.
16. Torres Valdivieso S, Mejía Villa A. Una visión contemporánea del concepto de administración: revisión del contexto colombiano. Cuadernos de administración [Internet]. 2006;(32). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/205/20503205.pdf> Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración (7. Ed). México 2004
17. Carro F, Caló A. La administración científica de Frederick W. Taylor: una lectura contextualizada [Internet]. Sedici.unlp.edu.ar. 2012. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/30887>
18. Loaiza K. Teoría Humanística De La Administración [Internet]. prezi.com. 2013 [cited 2 June 2021]. Available from: <https://n9.cl/i44k>
19. López C. Teoría X y teoría Y de Douglas McGregor, sus fundamentos [Internet]. Gestipolis. 2001. Disponible de: <https://n9.cl/hwggz>
20. Drucker P. TEORIA NEOCLASICA [Internet]. Teoadministrativas1.blogspot.com. 2012. Disponible en: <https://n9.cl/gqwlh>
21. Arguez Guillen J, Arenas Ruiz A. TEORIA NEOCLASICA DE LA ADMINISTRACION [Internet]. Es.slideshare.net. 2014. Disponible en: <https://es.slideshare.net/anaarenas940/teoria-neoclasica-41604509>
22. Escuelas de la administración [Internet]. Es.slideshare.net. 2016. Disponible en: <https://es.slideshare.net/davaro5/escuelas-de-la-administracin-65109966>
23. Prasca G., De León I., Herrera E., De Guevara L., López E., Acuña I., Et al. Escuela estructuralista. [internet]. Cartagena. 2010
24. Bertalanffy Ludwig. V. Teoría General de Sistemas. 1st ed. New York: George Braziller; 1976.
25. Ministerio de la Protección Social. Modelo para el control del cáncer en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología; 2006.

26. Organización Mundial de la Salud. Control de cáncer. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces; 2007.
27. Organización Mundial de la Salud. Programas Nacionales de Control del Cáncer, políticas y pautas para la gestión. 2004
28. Bravo L, Ramírez Ó, Wiesner C, Durán A, Rendler-García M, Henshall S. Cali, ciudad piloto para mejorar la calidad del tratamiento del cáncer. Una iniciativa de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), 2017-2025. Revista Colombiana de Cancerología [Internet]. 2017; (2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-90152017000200083
29. ProPacífico se unió al City Cancer Challenge para convertir a Cali en modelo de la lucha contra el cáncer. Opinión y Salud [Internet]. 2020; (3405). Disponible en: <http://www.opinionysalud.com/2019/11/20/propacifico-se-unio-al-city-cancer-challenge-para-convertir-a-cali-en-modelo-de-la-lucha-contra-el-cancer/>
30. Martin Alba S. Servicio Médico Cotizantes - Vicerrectoría de Bienestar / Universidad del Valle/Cali, Colombia [Internet]. Vicebienestar.univalle.edu.co. 2021. Disponible en: <http://vicebienestar.univalle.edu.co/servicio-medico-cotizantes/inicio>
31. Manual para la detección temprana del cáncer de mama [Internet]. Intranet.cancer.gov.co. 2015. Disponible en: <https://n9.cl/gei2l>
32. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso [Internet]. Banco de la República (banco central de Colombia). 2014. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/dtser-204>
33. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Calidad en salud en Colombia los principios de 2010. Colombia: Ministerio de salud; 2010.
34. Mendoza-Sassi R, Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cadernos de saude publica [Internet]. 2001; (4). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102->

311X2001000400016

35. Norma técnica colombiana NTC-ISO 31000, 16 de febrero de 2011. [Internet]. Sitios.ces.edu.co. 2011. Disponible en: <https://n9.cl/de11h>
36. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Colombia; 2013.
37. Díaz S, Wiesner C, Perry F, Poveda C, Carvajal A, Bermúdez J et al. Educación en Colombia para la detección temprana del cáncer de mama. Revista colombiana de cirugía [Internet]. 2019; (4). Disponible en: <https://n9.cl/3o2vu>
38. University of Michigan Health System. Common Breast Problems [Internet]. Guide lines for clinical care Ambulatory. 2013. Disponible en: <https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/breast/breast.pdf>
39. Martínez Gómez V, Martínez J. Protocolo de vigilancia en salud pública, Cáncer de mama y cuello uterino [Internet]. Instituto Nacional de Salud. 2016. Disponible en: <https://n9.cl/k8tcq>
40. Consensus conference. The management of clinically localized prostate cancer. [Internet]. JAMA. 1987. Disponible en: <https://n9.cl/rt85>
41. Dornas M, Júnior J, Figueiredo R, Carrerette F, Damião R. Cáncer de próstata. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto [Internet]. 2008;(1). Disponible en: <https://n9.cl/fgyu2>
42. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Guía de práctica clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología ESE, Sociedad Colombiana de Urología; 2013.
43. Acerca del cáncer de próstata: causas factores de riesgo y prevención. [Internet]. American Cancer Society. 2016. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/causas-riesgos-prevencion.html>
44. Ministerio de Salud. Ley 3384 de 2000. Bogotá: Imprenta Nacional de

- Colombia; 2000.
45. Congreso de Colombia. Ley 1384 de 2010. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2010.
 46. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 1383 de 2013. Bogotá; Imprenta Nacional de Colombia. 2013
 47. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 000247 de 2014. Bogotá; Imprenta Nacional de Colombia. 2014
 48. Congreso de Colombia. Ley 1733 de 2014. Bogotá; Imprenta Nacional de Colombia. 2014
 49. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Ley 1751. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2015.
 50. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3202 de 2016. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2016.
 51. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 429 de 2016. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2016
 52. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 02626 de 2019. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. 2019.
 53. Informe del Evento. Cáncer de Mama y Cáncer de Cuello Uterino en Colombia en 2018. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia en Salud Pública. V04. Mayo de 2019.
 54. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia, 2018. Cuenta de Alto Costo; 2019.
 55. Várela B, Caporale B, Delgado L, Viera M, Galain A, Schwartzmann L. Afrontando la Posibilidad de Tener Cáncer de Mama. Ciencia y enfermería [Internet]. 2007; (2). Disponible en: <https://n9.cl/8bdbp>
 56. Fajardo Zapata Á. Conocimiento, percepción y disposición sobre el examen de próstata en hombres mayores de 40 años. Revista Facultad de Medicina [Internet]. 2016;(2). Disponible en: <https://n9.cl/bspsw>
- Páginas web de Consultadas.

<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>.

Consultadas noviembre 11 de 2019.

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-prostata/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion-para-el-cancer-de-prostata.html>

Consultado en noviembre de 2019.

Anexo 1

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES
Sexo	Sexo del usuario	Cualitativa	Nominal	M= Masculino F= Femenino
Código CIE - 10 de la neoplasia (cáncer o tumor) maligna reportada (Primario):	El código de la enfermedad maligna que fue inicialmente diagnosticada al usuario según código CIE -10, (disponible en la página web CAC	Cualitativa	Nominal	El código de la enfermedad maligna que fue inicialmente diagnosticada al usuario
Fecha de diagnóstico del cáncer reportado	La fecha de diagnóstico en formato AAAA-MM-DD (con guion - como separador). Si conoce sólo el año y el mes, registre el día 15.	Cuantitativa	Nominal	La fecha de diagnóstico

Fecha de la nota de remisión o interconsulta del médico o institución general.	En la historia clínica, la remisión más antigua disponible previa al diagnóstico y que pudiese estar asociada a la enfermedad maligna actual. (hacia la institución o médico que hizo el diagnóstico)	Cuantitativa	Nominal	La remisión más antigua disponible previa al diagnóstico y que pudiese estar asociada a la enfermedad maligna actual
Fecha de ingreso a la institución que realizó el diagnóstico luego de la remisión o interconsulta	(si no hay remisión o interconsulta registre la fecha de primera consulta relacionada al cáncer en la institución que realizó el diagnóstico).	Cuantitativa	Nominal	La fecha de ingreso a la institución (La fecha en formato AAAA-MM-DD)
Tipo de estudio con el que se realizó el diagnóstico de cáncer*	Tipo de prueba con la que se realizó el diagnóstico	Cualitativa	Nominal	1= Biopsia de masa 2= Biopsia de ganglios 3= Inmunohistoquímica 4= Clínica exclusivamente (incluye estudios imagenológicos y bioquímicos en aquellos casos clínicamente justificados en donde fue imposible tomar muestra de estudio histopatológico). 5= Otros
Fecha primera consulta con médico tratante enfermedad Maligna	Fecha primera consulta con médico tratante enfermedad maligna	Cuantitativa	Nominal	Fecha primera consulta con médico tratante enfermedad maligna

Histología del tumor en muestra de biopsia o Cirugía	Tipo de tumor	Cualitativa	Nominal	1= Adenocarcinoma, con o sin otra especificación 2= Carcinoma 3= Otros tipos histológicos no mencionados 4= No se realizó estudio histopatológico (en la variable 21 registró la opción 7). 5= No hay información en la historia clínica (opción válida solo en caso de diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar)
Fecha realización estadificación	La fecha en que se realizó la estadificación en el formato AAAA-MM-DD.	Cuantitativa	Nominal	La fecha en que se realizó la estadificación
Prueba HER2 antes del inicio de TTO	¿se le realizó a este usuario la prueba HER2 (llamado también receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano, también llamado erb-B2) antes del inicio del tratamiento?	Cualitativa	Nominal	1= Sí se le realizó 2= No se le realizó 97= No Aplica porque es cáncer de mama in situ 98= No Aplica (no es cáncer de mama) 99= No hay información en la historia clínica acerca del HER2 previo al inicio del tratamiento (opción válida solo en caso

				de diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar).
Fecha de realización de prueba HER2	la fecha de realización de prueba HER2 en el formato AAAA-MM-DD	Cuantitativa	Nominal	la fecha de realización de prueba HER2
resultado de la prueba HER2	El resultado de la prueba HER2	Cualitativa	Nominal	1= +++ (positivo) 2= ++ (equivoco o indeterminado) 3= + (negativo) 4= cero ó (negativo) 97= No Aplica porque es cáncer de mama in situ. 98= No Aplica (no es cáncer de mama) o marcó la variable 31 con la opción 2. 99= No hay información en la historia clínica (opción válida solo en caso de diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar). 55=Persona con aseguramiento (régimen subsidiado o contributivo y que no son PPNA) que

				recibió servicios de salud por parte del ente territorial durante el periodo de reporte.
Clasificación escala Gleason en el momento Diagnostico	Número de la sumatoria de la clasificación histológica de Gleason entre 2 y 10. En los casos que las puntuaciones de ambos lóbulos sean diferentes, registre el puntaje de mayor valor numérico.	Cualitativa	Nominal	98= No es cáncer de próstata 99= Desconocido (opción válida solo en caso de diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar)
Objetivo del tratamiento inicial	El Objetivo (o intención) del tratamiento médico inicial (al diagnóstico)	Cualitativa	Nominal	1= Curación 2= Paliación (intención paliativa) exclusivamente. 99= No hay información disponible en la historia clínica (opción válida solo en caso de diagnóstico antes de 2015-01-01, se aclara que, si el

				diagnóstico fue previo a la fecha mencionada, pero se tiene el dato solicitado entonces se debe reportar).
Objetivo de la Intervención médica durante el periodo de reporte	El objetivo de una intervención médica durante el periodo de reporte	Cualitativa	Nominal	1= Observación previa a tratamiento (manejo expectante) 2= Ofrecer tratamiento curativo (quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia, cirugía, terapia biológica) o paliativo dirigido al cáncer inicial o por recaída 3= Observación o seguimiento oncológico luego de tratamiento inicial (incluye tratamientos médicos para enfermedad general -no oncológica- y métodos diagnósticos de seguimiento) 4= 1 y 2 únicamente 5= 2 y 3 únicamente 6= 1, 2 y 3 99= No hay intervención en el periodo (abandono de terapia o alta voluntaria)

Características actuales del primer esquema de este periodo de reporte	Características actuales del primer esquema de este periodo de reporte	Cualitativa	Nominal	1= Finalizado, esquema completo según medicamentos programados 2= Finalizado, esquema incompleto pero finalizado por algún motivo 3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento (ejemplo: hormonoterapia o esquema no finalizado) 98= No Aplica (no tuvo ningún esquema de terapia sistémica y en la variable 45 seleccionó la opción 2 o 98)
Fecha de inicio de último esquema Quimioterapia de este periodo de reporte	Fecha en que se inició este esquema de quimioterapia en el formato AAAA-MM-DD	Cuantitativa	Nominal	Fecha de inicio de último esquema QM de este periodo de reporte
N° de IPS's que suministra el último esquema de este periodo de reporte	Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que suministran el último esquema de quimioterapia	Cuantitativa	Discreta	Número de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que suministran el último esquema de quimioterapia

Cuantos antineoplásicos el especialista propuso como manejo en este último esquema de este periodo de reporte	el número de medicamentos antineoplásicos propuestos en este último esquema del periodo de reporte actual.	Cuantitativa	Discreta	el número de medicamentos antineoplásicos propuestos en este último esquema del periodo de reporte actual.
N° de cirugía a las que fue sometido durante el periodo del reporte	Número de cirugías a las que el usuario fue sometido durante el periodo de reporte actual, incluya aquellas por complicaciones relacionadas a la cirugía inicial. Valide que se esté reportando la cantidad de cirugías (tiempos quirúrgicos) y no la cantidad de procedimientos CUPS realizados dentro de una o varias cirugías.	Cuantitativa	Discreta	Numero de cirugía 98= No Aplica (si respondió 2 o 3 en la pregunta anterior)
Cód. CUPS de la primera cirugía en este periodo de reporte	el código de procedimiento CUPS (disponible en la página web CAC se recomienda utilizar el CUPS que tenga mayor relación con el manejo del cáncer o el que mayor complejidad represente dentro de la cirugía).	Cualitativa	Nominal	el código de procedimiento CUPS
Ubicación temporal de esta primera cirugía en relación al manejo oncológico	Ubicación temporal de esta primera cirugía en relación al manejo oncológico	Cualitativa	Nominal	1= Parte del manejo inicial para el cáncer 2= Parte del manejo de primera recaída 3= Parte del manejo de segunda recaída 4= Parte del manejo de tercera recaída o adicional 98= No Aplica

Tipo de radioterapia aplicada en este primer o único esquema	Tipo de radioterapia aplicada en este primer o único esquema	Cualitativa	Nominal	1= Externa para tratar 2= Interna para tratar 3= Profiláctica (por ejemplo, a sistema nervioso central) 98= No Aplica
Características actuales de este primer o único esquema de radioterapia	Características actuales de este primer o único esquema de radioterapia	Cualitativa	Nominal	1= Finalizado, dosis completa de radioterapia administrada 2= Finalizado, dosis incompleta pero finalizada por algún motivo 3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento 98= No Aplica
Tipo de radioterapia aplicada en ultimo esquema	Tipo de radioterapia aplicada en ultimo esquema	Cualitativa	Nominal	1= Externa para tratar 2= Interna para tratar 3= Profiláctica 98= No Aplica
Características actuales de este último esquema de radioterapia	Características actuales de este último esquema de radioterapia	Cualitativa	Nominal	1= Finalizado, dosis completa de radioterapia administrada 2= Finalizado, dosis incompleta pero finalizada por algún motivo 3= No finalizado, esquema incompleto, pero aún bajo tratamiento 98= No Aplica

El usuario recibió cirugía reconstructiva en el periodo de reporte actual	El usuario recibió cirugía reconstructiva en el periodo de reporte actual	Cualitativa	Nominal	1= Sí recibió cirugía 2= No recibió cirugía, aunque fue propuesto dentro del plan terapéutico. 98= No Aplica
Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte (el día 01/01/2019)	Tipo de tratamiento que está recibiendo el usuario a la fecha de corte	Cualitativa	Nominal	1= Radioterapia 2= Terapia sistémica (incluye quimioterapia, anticuerpos monoclonales, terapia biológica, terapia hormonal) 3= Cirugía (reporte solo cuando el procedimiento se haya realizado a partir del 1 de noviembre de 2018) 4= 1 y 2 5= 1 y 3 6= 2 y 3 7= Manejo expectante pretratamiento 8= En seguimiento, luego de tratamiento durante el periodo 9= Antecedente de cáncer (no recibió ningún tratamiento dentro del periodo) 10=1, 2 y 3 11= Manejo de cuidado paliativo o terapia complementaria. 98= No Aplica (paciente se encuentra fallecido, abandonó el tratamiento, alta voluntaria o se

				encuentra desafiliado)
Resultado final del manejo oncológico en este periodo de reporte, luego de ser tratado en este periodo el usuario está en	Resultado final del manejo oncológico en este periodo de reporte, luego de ser tratado en este periodo el usuario está en	Cualitativa	Nominal	1= Pseudoprogresión (aplica solo para inmunoterapia) 2= Progresión 3= Remisión (respuesta) parcial 4= Remisión (respuesta) completa 5= Sin cambios (cáncer estable) 6= Abandono del tratamiento o alta voluntaria 7 = Paciente en seguimiento por antecedente de cáncer 97= No aplicable en este periodo, aún

				bajo tratamiento inicial 98= No aplicable en este periodo, aún bajo tratamiento de recaída 99= No aplica, el paciente se encuentra fallecido, o se encuentra desafiliado
Estado vital al finalizar este periodo de reporte	Estado vital al finalizar este periodo de reporte	Cualitativa	Nominal	1= Vivo 2= Fallecido 99= Desconocido
Novedad clínica del usuario a la fecha de corte	Novedad clínica del usuario a la fecha de corte	Cualitativa	Nominal	1= Usuario que está en manejo inicial curativo 2= Usuario que está en manejo inicial paliativo 3= Usuario que finalizó tratamiento inicial y está en seguimiento luego de remisión 4= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito curativo 5= Usuario con recaída que está en manejo médico con propósito paliativo 6= Usuario que finalizó tratamiento recaída y está en seguimiento luego de remisión 7= Otra 8= Abandono de tratamiento 9= Usuario firmó alta voluntaria

				10= Usuario en manejo expectante antes de tratamiento
--	--	--	--	---

*Variables seleccionadas por el investigador