



**FACTORES ASOCIADOS A BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA ACCEDER
A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE ENFRENTAN PACIENTES CON CÁNCER,
EN UNA CLÍNICA ONCOLÓGICA DE BOGOTÁ, D.C. COLOMBIA**

INVESTIGADORES:

DIANA PATRICIA AMADOR FORIGUA MD

dianap.amador@urosario.edu.co

MAGDA ROCIO MORA SEPÚLVEDA ESP

magda.mora@urosario.edu.co

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA**

BOGOTÁ, DC, 2023



**FACTORES ASOCIADOS A BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA ACCEDER
A LOS SERVICIOS DE SALUD QUE ENFRENTAN PACIENTES CON CÁNCER,
EN UNA CLÍNICA ONCOLÓGICA DE BOGOTÁ, D.C. COLOMBIA**

**FACTORS ASSOCIATED WITH ADMINISTRATIVE BARRIERS TO ACCESS
HEALTH SERVICES FACED BY PATIENTS WITH CANCER, IN AN ONCOLOGY
CLINIC IN BOGOTÁ, D.C. COLOMBIA**

**Trabajo de investigación para optar al título de
MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

Presentado por

DIANA PATRICIA AMADOR FORIGUA

MAGDA ROCIO MORA SEPÚLVEDA

**Tutor metodológico
GLORIA MARIA SIERRA**

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, DC, 2023

Nota de salvedad

La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia

CONTENIDO

1	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	11
1.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
2	MARCO TEÓRICO	13
2.1	BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.....	13
2.1.1	<i>Barreras administrativas.....</i>	13
2.1.2	<i>Barreras socioculturales y geográficas.....</i>	14
2.1.2.1	<i>Características del territorio colombiano e inequidad.....</i>	14
2.1.2.2	<i>Desigualdad en la oferta de servicios especializados y oncológicos .</i>	15
2.2	CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO.....	16
2.3	MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO	18
2.3.1	<i>Objetivos de Desarrollo Sostenible</i>	18
2.3.2	<i>Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2021).....</i>	18
2.3.3	<i>Normatividad nacional.....</i>	19
3	HIPÓTESIS	22
4	OBJETIVOS.....	23
4.1	OBJETIVO GENERAL	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5	METODOLOGÍA	24
5.1	ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	24
5.2	TIPO DE ESTUDIO.....	24
5.3	POBLACIÓN.....	24
5.3.1	<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	24
5.4	DISEÑO MUESTRAL.....	25
5.5	DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES.....	25
5.6	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	27
5.6.1	<i>Fuentes de información.....</i>	27
5.6.2	<i>Instrumento de recolección de información.....</i>	27
5.6.3	<i>Proceso de obtención de la información.....</i>	27
5.7	PRUEBA PILOTO	28
5.8	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	29
5.9	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	30
5.10	DIVULGACIÓN DE RESULTADOS	31

6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
7	RESULTADOS	33
7.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS	33
7.2	PRINCIPALES BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS ...	37
7.3	BARRERAS ADMINISTRATIVAS MÁS FRECUENTES	39
7.4	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS	41
7.5	BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS	45
7.6	VARIABLES QUE EXPLICAN LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS	49
7.6.1	<i>Variable administrativa 9. No le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución.....</i>	<i>49</i>
7.6.2	<i>Variable administrativa 5. Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes.....</i>	<i>49</i>
7.6.3	<i>Variable administrativa 6. La aseguradora (EAPB) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive.....</i>	<i>50</i>
7.6.4	<i>Variable administrativa 1. Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS).....</i>	<i>51</i>
7.6.5	<i>Variable administrativa 3. La aseguradora (EAPB) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere.....</i>	<i>52</i>
8	DISCUSIÓN	53
8.1	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	55
9	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
11	ANEXOS	62
	ANEXO 1. TABLA DE VARIABLES.....	62
	ANEXO 2. FORMATO FÍSICO DE ENCUESTA.....	71
	ANEXO 3. AVAL COMITÉ DE ÉTICA CLÍNICA SAN DIEGO.....	73

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión.....	24
Tabla 2 Tamaño de la muestra para la frecuencia de una población.....	25
Tabla 3 Preguntas modificadas a partir de la prueba piloto.....	28
Tabla 4 Variables politómicas dicotomizadas.....	30
Tabla 5 Principales barreras socioculturales y geográficas (dicotómicas).....	37
Tabla 6 Principales barreras socioculturales y geográficas (politómicas)	38
Tabla 7 Principales barreras administrativas (dicotómicas)	39
Tabla 8 Principales barreras administrativas (politómicas)	40
Tabla 9 Barrera administrativa 9 vs. características demográficas y socioeconómicas	41
Tabla 10 Barrera administrativa 5 vs. características demográficas y socioeconómicas	42
Tabla 11 Barrera administrativa 6 vs. características demográficas y socioeconómicas	43
Tabla 12 Barrera administrativa 1 vs. características demográficas y socioeconómicas	43
Tabla 13 Barrera administrativa 3 vs. características demográficas y socioeconómicas	44
Tabla 14 Barrera administrativa 9 vs. barreras socioculturales y geográficas.....	45
Tabla 15 Barrera administrativa 5 vs. barreras socioculturales y geográficas.....	46
Tabla 16 Barrera administrativa 6 vs. barreras socioculturales y geográficas.....	47
Tabla 17 Barrera administrativa 1 vs. barreras socioculturales y geográficas.....	47
Tabla 18 Barrera administrativa 3 vs. barreras socioculturales y geográficas.....	48
Tabla 19 Modelo 1: no le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución.....	49
Tabla 20 Modelo 2: debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes.....	50
Tabla 21 Modelo 3: su aseguradora (EPS) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive.....	51
Tabla 22 Modelo 4: dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS).....	51
Tabla 23 Modelo 5: Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Servicios hospitalarios habilitados, por nivel de complejidad y localidad. Tomado de Martinez FL. (16).	16
Figura 2 Mortalidad mundial por cáncer 2020. Tomado de International Agency for Research on Cancer (3).....	17
Figura 3 Diagrama de variables.....	26
Figura 4 Histograma de la variable edad	33
Figura 5 Distribución de la población por género.....	34
Figura 6 Estado civil por género	34
Figura 7 Nivel educativo alcanzado según el sexo	35
Figura 8 Nivel educativo alcanzado según área de residencia.....	35
Figura 9 Área de residencia por departamento.....	36

RESUMEN

Introducción: el cáncer es una enfermedad de interés en salud pública y su pronóstico depende de la oportuna provisión sanitaria, sin embargo, debido a falencias en los sistemas de salud, sumado a factores socioculturales y geográficos, se retrasa o impide el acceso a los servicios oncológicos.

Objetivo: Determinar las variables demográficas y socioeconómicas, así como las barreras socioculturales y geográficas que mejor explican la presencia de barreras administrativas para acceder a los servicios de salud que enfrentan adultos con cáncer en una IPS privada de Bogotá.

Metodología: Estudio observacional, analítico, transversal, realizado en una clínica oncológica de Bogotá. Mediante muestreo mixto (no probabilístico, accidental y por aleatorización simple) se aplicó una encuesta para la identificación de barreras administrativas y barreras socioculturales y geográficas más prevalentes a partir de las cuales se realizaron análisis bi variados, cálculo de razón de prevalencia (RP) y regresión logística para explicar los factores socioculturales y geográficos que más aportaron a que las barreras administrativas se presentaran. Se usó el programa estadístico SPSS versión 26.

Resultados: Se realizaron 329 encuestas (111 presenciales, 184 telefónicas y 34 de la prueba piloto). Las mujeres (72%) predominaron en la población. El nivel de escolaridad alcanzado por el 37,7% de pacientes fue algún grado de secundaria. Predominaron, la religión católica (85,1%), habitar en área urbana (87,5%) y los afiliados al contributivo (76,3%).

El principal obstáculo administrativo referido por los pacientes (86,9%) fue la fragmentación de los servicios, ya que no realizaron los estudios ni la valoración especializada en la misma institución, de hecho el 70,2% indicó que debió acudir a 2 o 3 instituciones diferentes. El 21,9% de los pacientes requirió renovar las autorizaciones médicas por vencimiento de estas, ante la tardanza en la asignación de citas y realización de exámenes, lo que implicó aumento en los trámites a realizar por la población, sumado a que el 20,7% de los encuestados informó que su aseguradora no tiene puntos de autorización en la ciudad donde vive.

Se encontraron diferencias entre los pacientes que debieron renovar autorizaciones médicas y los mayores de 60 años, nivel educativo inferior a secundaria, habitantes

del área rural y afiliados al régimen subsidiado, adicionalmente, estas dos últimas características también fueron factor de riesgo para tener que trasladarse a otras ciudades para realizar trámites administrativos.

Discusión: El aumento de trámites a realizar por vencimiento de órdenes médicas, secundario a demoras y múltiples excusas de la aseguradora fue un hallazgo relacionado principalmente con población vulnerable (adultos mayores o con limitaciones físicas) y demostró la inequidad del acceso a los servicios, al afectar a personas de bajo nivel educativo, escasos recursos económicos, afiliados al régimen subsidiado, que habitan en área rural y que no cuentan con las herramientas académicas, legales o de soporte emocional para hacer cumplir con sus derechos, permitiendo que estos sean quebrantados.

Palabras Clave: cáncer, accesibilidad a servicios de salud, seguro médico, entorno social, factores demográficos.

Keywords: cancer, health services accessibility, health insurance, social environment, demographic factors.

1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer se considera una enfermedad de interés en salud pública a nivel mundial, para lo cual, los sistemas de salud y la oportuna prestación de servicios oncológicos, son determinantes en la reducción de la morbimortalidad por esta causa, debido a que la implementación de estrategias para la detección temprana, el manejo oportuno y adecuado, aunado a las nuevas tecnologías e innovaciones científicas, han logrado modificar el curso de la enfermedad en diferentes tipos de cáncer, al aumentar la supervivencia, prolongar el tiempo hasta la recaída y en consecuencia disminución de secuelas y el grado de discapacidad, ofreciendo una mejor calidad de vida tanto para el paciente como para su familia y cuidadores, así mismo, alrededor del 30% de estas patologías tienen la posibilidad de ser evitadas, mediante el control de factores de riesgo conocidos y comunes a otras enfermedades no transmisibles (alcohol, tabaco, malos hábitos alimenticios, sedentarismo...)(1).

Sin embargo, a pesar de todos estos avances, el cáncer continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo y Colombia no es la excepción, debido principalmente a falencias en la prestación de servicios de salud, como reducción de coberturas, inoportunidad en la atención, demoras en el suministro de tratamientos, etc. sumado a otros factores independientes al sistema de salud que se encuentran ligados a las características socioculturales y geográficas de la población colombiana. A pesar de que estos factores se consideran secundarios y no han sido ampliamente estudiados y divulgados como los de origen administrativo, también retrasan o impiden el acceso a los servicios de salud, con impacto negativo en el bienestar de toda la población diagnosticada con cáncer y en consecuencia a desenlaces fatales.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) en 2020 se presentaron 19.292.789 nuevos casos de todos los tipos de cáncer, en ambos sexos y en todas las edades en el mundo, de los cuales 9.958.133 fallecieron (2,3). En Colombia, el número de casos nuevos para 2020 fue de 113.221, con 54.987 fallecidos, de acuerdo con lo reportado por el Observatorio Global de Cáncer (GCO) (2,3). Por otra parte, el Instituto Nacional de Cancerología (INC) informó 1.314 defunciones y 4.771 casos

nuevos de cáncer para el mismo año, con un decremento del 35,1% en relación con el año anterior (7.354 casos nuevos de cáncer en 2019), presuntamente a causa de la pandemia (4), para el 2021 el número de casos nuevos reportados fue de 5.562, que significa un incremento del 16.6% con respecto al 2020 pero sin llegar al total de casos del 2019 (5).

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Colombia, las barreras de acceso a los servicios de salud más evidentes, son de tipo administrativo, principalmente por el conocimiento público de las limitaciones de nuestro sistema y el parte diario de los medios de comunicación frente a las múltiples dificultades que presentan los pacientes cuando requieren atención en salud, asociado a que esta misma información es distorsionada en el voz a voz de la sociedad. A pesar de esto, gran parte de la población continúa sin conocer cómo funciona el sistema de salud, sus derechos y deberes, o los mecanismos que tienen a disposición para informar y solicitar solución a los inconvenientes a los que se han visto expuestos.

Las demoras en emitir autorizaciones, en asignar citas para exámenes o para valoración médica especializada y el retraso en el suministro de tratamientos, son las principales quejas de los pacientes, sin embargo, existen otro tipo de barreras que van más allá del sistema de salud, pero que tienen el suficiente peso para limitar el acceso a una adecuada y oportuna atención en salud, tales como la ubicación geográfica, la capacidad económica, el entorno social y familiar o ciertas creencias culturales y religiosas; es allí donde surge el interés de desarrollar esta investigación, para conocer las condiciones socioculturales y geográficas predominantes en la población con cáncer, determinar su relación con las barreras administrativas más frecuentes e identificar si contribuyen a aumentar la probabilidad de que estas se presenten.

Es probable que muchas de las barreras socioculturales o geográficas no sean modificables, pero se pueden desarrollar estrategias para sobrellevarlas y facilitar el acceso a los servicios de salud, al contemplar las necesidades y características específicas de la población; por ejemplo, si las entidades territoriales se articulan con los líderes sociales y religiosos de cada región, será más fácil comunicarse con los habitantes y de esta forma generar conciencia de la importancia de solicitar atención médica, para así detectar de forma temprana las enfermedades y

suministrar oportuna e integralmente los tratamientos requeridos. Por lo anterior, se considera importante la identificación de estas barreras y darlas a conocer a los entes estatales con el fin de garantizar la protección de la salud, aumentar las posibilidades de recuperación para muchos tipos de cáncer y contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta causa.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales condiciones socioculturales y geográficas de los adultos con cáncer, que contribuyen a la presencia de barreras administrativas para acceder a los servicios de salud oncológicos?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Todo inconveniente que genere reducción en las posibilidades de satisfacer las necesidades en salud de una persona, se considera barrera.

2.1.1 Barreras administrativas

Las barreras administrativas de acceso a los servicios de salud, son estrategias técnico-administrativas interpuestas por las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) para negar o dilatar los servicios requeridos por los afiliados (6,7).

El sistema de salud colombiano ha presentado cambios a lo largo de los años, logrando una cobertura cercana al 90% (8), pero no así con la accesibilidad, entendiendo acceso como “el proceso mediante el cual las personas buscan y logran atención” (6,9,10). En diferentes estudios, los autores coinciden en que el acceso limitado se debe a múltiples factores propios del sistema, como inconsistencias de afiliación, tramitología o justificaciones generadas para retrasar o no prestar un servicio, como “mecanismo de contención de costos” (6) por parte de los prestadores.

Según el estudio de Rodríguez et al. (6), realizado a partir de PQRS (Peticiones, quejas, reclamos y sugerencias) de los registros de la Superintendencia Nacional de Salud, evidenciaron que las restricciones de acceso a los servicios de salud se presentan en un 34.5%, dentro de los cuales pudieron encontrar que la inoportunidad es la principal queja de los usuarios con un 52.2%, seguido de la demora en autorizaciones (20.1%) o negación de estas (4.1%), y 3.2% por no entrega de insumos o medicamentos.

Las principales actuaciones de los pacientes frente a estas barreras, se realizó por medio de quejas verbales o escritas, gestión de trámites, solicitud de apoyo a entes de control como derechos humanos y defensoría del pueblo, tutelas, etc., sin embargo, ante la negligencia y demoras en la atención, otros pacientes muestran pasividad o abandono de los servicios de salud, de acuerdo al estudio de Marín YA et al. (7). Dentro de las conclusiones de Sánchez et al. (8) se encuentra que los pacientes que tienen facilidad de usar herramientas legales, aumentan la posibilidad

de acceder al diagnóstico y tratamiento oportunos, pero el sistema no debería moverse por tutela sino por medio de procesos administrativos eficaces (6).

Se puede mejorar la accesibilidad y la oportunidad en la atención médica al evitar la fragmentación, optimizar la cobertura de medicamentos y exámenes, realizar educación sobre la enfermedad a pacientes y familiares o cuidadores, acompañamiento y orientación acerca del diagnóstico y tratamiento así como de los trámites necesarios (cómo y dónde), cubrir gastos de bolsillo, entre otras sugerencias dadas por facilitadores del sistema de salud de la red pública hospitalaria de Medellín, en el estudio realizado por Garcés-Palacio et al. (11).

2.1.2 Barreras socioculturales y geográficas

A pesar, de que uno de los principios del sistema es la equidad, en la práctica, el bajo nivel económico y educativo hace que se presenten diferencias en el acceso a los servicios sanitarios, como lo evidencia Sánchez et al. (8), la falta de capacidad de pago retrasa la atención en salud, incluso para aquellos afiliados al sistema, por aumento de los gastos de bolsillo, asociado al desconocimiento de los derechos y del funcionamiento del sistema de salud, que es más notoria en esta población; también se concluyó que la presencia de estos factores hacen más complejos los procesos y afectan los tiempos y la calidad de atención (8). Condiciones laborales como la informalidad, evasión del pago de prestaciones sociales por los empleadores (7), incapacidades frecuentes o prolongadas (que normalmente requieren) puede hacer que en ocasiones estos pacientes, se vean obligados a renunciar o son despedidos de los trabajos, empeorando sus condiciones económicas (8).

2.1.2.1 Características del territorio colombiano e inequidad

Colombia tiene una extensión de 1.141.748 km², de los cuales el 99.6% (101.6 millones de hectáreas) está conformado por áreas rurales (12,13). De acuerdo a las estimaciones del Banco Mundial para el 2021 el 18% de la población total de Colombia vive en área rural (9.361.143) y el 82% restante en área urbana (41.904.698) (14), datos que se asemejan a la información recolectada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el censo del 2018 donde el 77.1% de los habitantes vive en cabeceras municipales, 7.1% en centros poblados y 15.8% en rural disperso (15). El régimen de afiliación en salud predominante en Colombia es el subsidiado, mientras que los afiliados al contributivo solo superan el 50% de la población en Bogotá y en 8 departamentos más (13).

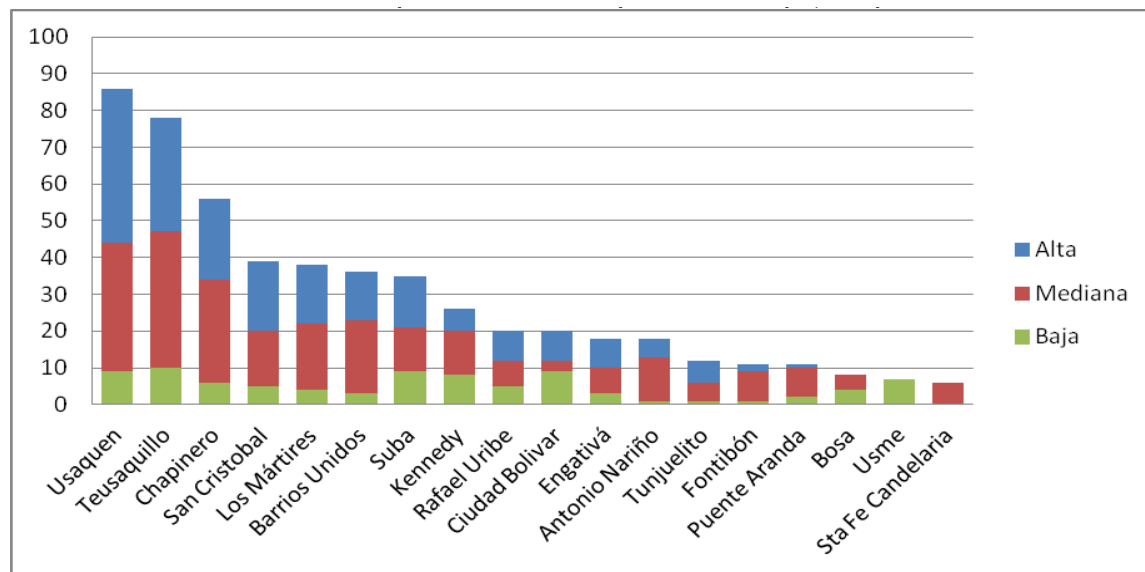
La proporción de habitantes colombianos en áreas rurales esta por debajo del 20%, pero menos del 1% del territorio nacional es considerado como urbano, implica que esos cerca de 9 millones de personas se encuentran dispersas en más de 100 millones de hectáreas y por ende las distancias que deben recorrer hasta los centros urbanos deben ser muy grandes, si además, se tiene en cuenta que la mayoría pertenece al régimen subsidiado, indica que es población de bajos recursos económicos, que no cuenta con los medios para el pago de transporte intermunicipal o interdepartamental, asumir costos de alojamiento y alimentación si requiere de estancias superiores a un día, o si por su patología debe trasladarse continuamente a lo largo de un mismo mes a controles y tratamientos, adicionalmente, si es necesario que disponga de un acompañe durante todo el proceso, se duplican los gastos. Inclusive, para los afiliados al régimen contributivo afrontar estos gastos puede ser imposible, porque en este régimen se encuentran familias con ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos. Todo lo anterior constituye una doble barrera de acceso a los servicios de salud, socioeconómica y geográfica (8,16,17).

2.1.2.2 Desigualdad en la oferta de servicios especializados y oncológicos

En toda Colombia se ofrecen 1.751 servicios oncológicos, disponibles en 26 departamentos (de los 32 existentes); 251 son quirúrgicos, 219 de apoyo diagnóstico y 1.201 de consulta externa (70%) (18). El 50% de la oferta se concentra en 4 departamentos que incluye el distrito capital, mientras que el Amazonas, Arauca, Guainía, Guaviare, San Andrés, Putumayo y Vichada no cuentan con estos servicios (18). En Bogotá existe la mayor oferta de atención especializada en oncología (417 servicios).

Con los datos anteriores se podría llegar a pensar que el acceso a los sistemas de salud especializada en Bogotá no tiene inconvenientes, pero la realidad es otra, debido a que los servicios de alta y mediana complejidad se focalizan en tres localidades (Usaquén, Teusaquillo y Chapinero). Por el contrario, localidades de mayor densidad poblacional del sur y occidente de la ciudad, cuentan con menor disponibilidad de servicios especializados por cada 100.000 habitantes, de hecho los servicios de diagnóstico y tratamiento de mediana y alta complejidad son casi inexistentes en las localidades más pobladas y pobres (ver Figura 1) (16), lo que obliga a realizar desplazamientos prolongados e incómodos, en una ciudad con movilidad caótica y con sistema de transporte deficiente, sumado a los gastos económicos que estos traslados conllevan, más aún, si las condiciones de salud del paciente no permite hacer uso del transporte masivo y requiere de pago de una tarifa de taxi que puede ser superior a los 20.000 pesos por trayecto, conformándose

nuevamente una doble barrera, socioeconómica y geográfica para los capitalinos; el hecho de vivir en Bogotá no hace que las distancias sean más cortas (8).



Fuente: Cálculos con base en la Secretaría Distrital de Salud- SDS. Base de Datos del Registro especial de prestadores (habilitación) de 2011

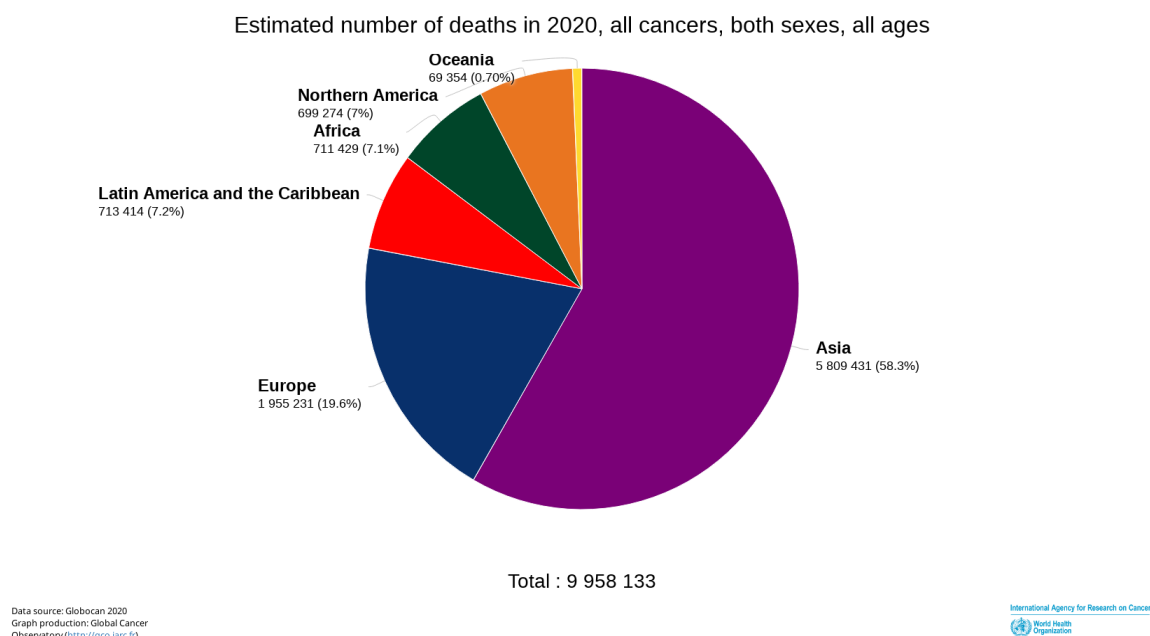
Figura 1 Servicios hospitalarios habilitados, por nivel de complejidad y localidad. Tomado de Martínez FL. (16).

2.2 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

El cáncer se refiere a un grupo complejo de enfermedades, puede deberse a muchas posibles causas, como estilo de vida poco saludable, factores genéticos, agentes cancerígenos (físicos, químicos o biológicos) y factores ambientales o la sumatoria de varios de ellos, en ocasiones no hay una causa aparente para el cáncer (1,2). Se considera una enfermedad de interés en salud pública y se encuentra dentro de las principales causas de muerte a nivel mundial, con casi 10 millones de defunciones para el 2020, en comparación con el 2012 en el que se presentaron 8.2 millones de muertes. Para el año 2012 el 70% de los fallecimientos por cáncer se registraron en África, Asia, América Central y Sudamérica, según cifras reportadas por la OMS (2).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante la conmemoración del día mundial contra el cáncer en febrero de 2022, dio a conocer que esta patología es la segunda causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en América, cerca de 4 millones de personas fueron diagnosticadas con cáncer y 1.4 millones murieron

por esta causa en el 2020. El cáncer de mama es el más frecuente en el mundo, con 500.000 casos nuevos y más de 100.000 muertes en las Américas, donde se estima se pueden prevenir cerca de 480.000 muertes por cáncer de mama solo en esta región, si se implementan las estrategias planteadas por la OMS en la “iniciativa mundial contra el cáncer de mama” acerca de promover la salud, diagnosticar oportunamente y suministrar tratamientos integrales, durante los siguientes 20 años (19).



Fuente: Global Cancer Observatory 2020

Figura 2 Mortalidad mundial por cáncer 2020. Tomado de International Agency for Research on Cancer (3)

En Colombia, los principales tumores malignos fueron: sistema digestivo, piel y aparato genital femenino, de los casos nuevos diagnosticados en el INC en 2020 (4.771) y 2021 (5.562), el 37.5% y el 41% respectivamente, correspondió a población mayor de 65 años, en ambos periodos predominó el sexo femenino con una proporción superior al 55% (4,5). Para el 2021 el cáncer más frecuente en hombres (21.1%) y mujeres (16.7%) fue el de piel. El 49.7% de pacientes se encontraban afiliados al régimen subsidiado y residían principalmente (88%) en Bogotá, Cundinamarca, Boyacá, Tolima y Meta (5).

2.3 MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

El Estado colombiano, ha desarrollado modificaciones normativas a lo largo de los años, para solventar las dificultades que se presentan con respecto a las deficiencias del servicio de salud y se encuentra comprometida con el cambio, al haber posicionado al cáncer como un problema de salud pública, incluirlo en la agenda política y haber disminuido la mortalidad por cáncer de cuello uterino para el 2015, uno de los objetivos del milenio de ese periodo (20), intenta cumplir con los 17 objetivos de desarrollo sostenible y las 169 metas establecidas para el 2030 que fueron aprobados en las Naciones Unidas por los 193 estados soberanos de los cuales Colombia hace parte (21), de las múltiples estrategias planteadas para el logro de estos objetivos, se encuentra la creación del Plan Decenal para el Control del Cáncer, que integra desde la prevención hasta la rehabilitación de pacientes con cáncer (1).

2.3.1 Objetivos de Desarrollo Sostenible

El Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3 denominado “salud y bienestar”, pretende “garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades” (21). Dentro de las metas establecidas para 2030, las que propenden por el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y que tienen impacto sobre el cáncer, se encuentran en los numerales 3.4, 3.8, 3.9 A, B y C, donde se contempla reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, lograr cobertura sanitaria universal, acceso a vacunas y medicamentos seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos, aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, desarrollo, capacitación y retención del personal sanitario en los países en desarrollo (21).

2.3.2 Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia (2012-2021)

En 2006 el Instituto Nacional de Cancerología (INC), creó el modelo para el control del cáncer y en 2009 en un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano, se desarrolló la primera versión del Plan Nacional para el Control del Cáncer (2010-2019), posteriormente se consolidó el Plan Decenal para el Control del Cáncer (2012-2021), con los objetivos de reducir el riesgo para el desarrollo de diferentes tipos de cáncer, detección temprana, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo, reducción de la mortalidad y mejoras en la calidad de vida para los enfermos de cáncer, trabajando de forma continua y articulada desde la prevención hasta la rehabilitación (1), todos estos objetivos se adoptaron a partir de los propuestos por la OMS. Así mismo, este modelo se acogió a los principios del Plan Decenal de Salud Pública (universalidad, equidad, respeto por la

diversidad cultural y étnica) para garantizar calidad, eficiencia y responsabilidad de los servicios.

El objetivo para el 2021, fue implementar estrategias para control del riesgo de algunos de los múltiples factores cancerígenos conocidos (químicos, biológicos y ambientales) y otros factores de riesgo modificables. El cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colorrectal y el cáncer infantil, fueron los tenidos en cuenta para incluir en el plan, debido a su elevada prevalencia. Dentro de las metas propuestas, se garantizará el diagnóstico oportuno y acceso a tratamiento al 100% de los pacientes que presenten alguno de estos 5 tipos de cáncer. Contempla el desarrollo e implementación de guías de atención integral, para los cánceres de próstata y colorrectal, además de contar con un programa nacional de detección temprana para alcanzar coberturas de tamización para neoplasias de mama y cérvix y en consecuencia reducir las tasas de mortalidad. Adicionalmente las metas incluyen organizar la oferta y la demanda de los servicios oncológicos, haciendo un control de calidad continuo de la prestación, así como favorecer el bienestar y desarrollo del talento humano en oncología (1).

2.3.3 Normatividad nacional

- La prestación de servicios de salud en Colombia se encuentra reglamentada por la política nacional de prestación de servicios de salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objeto es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, mejoramiento permanente de la calidad de la atención en salud, y la búsqueda y generación de eficiencia en la prestación de los servicios de salud (22).
- Artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 (22) “Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del país”...“no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados”.
- Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (23) señala “la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

- Artículo 6 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 (24) “regula el derecho fundamental a la salud”, establece los elementos (disponibilidad de tecnologías y servicios, personal capacitado, entre otros) y principios (universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad...) del derecho fundamental a la salud (24).

- Literal C del Artículo 6, de la Ley estatutaria 1751 de 2015 (24) “se disponen las directrices de accesibilidad física”, el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas, así como también lo dicta la sentencia T-259/19 de la Corte Constitucional (25) donde se determinan los casos en los que las EAPB deben costear los gastos de transporte y alojamiento de un paciente que requiere traslado a otra población para recibir atención médica.

- Artículo 2.5.2.1.1.2 del Decreto 780 de 2016. (26) “Responsabilidades de las entidades promotoras de salud”, “promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado”. Las EAPB bajo ninguna circunstancia pueden negar la afiliación ni discriminar a las personas que presenten una enfermedad de alto costo, así como tampoco desamparar a los habitantes que residen en áreas de difícil acceso a la salud. (26).

- Artículo 2 del Decreto 1011 de 2006 (9) “por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del SGSSS”. Define calidad de la atención en salud como la provisión de servicios de salud de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, con el propósito de lograr adhesión y satisfacción de los usuarios (9).

- Artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013, (27) resuelve que las EAPB de ambos regímenes “deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año”, la autorización de esta cita no deberá superar los cinco (5) días hábiles. En pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, las EAPB deben gestionar que la cita sea asignada en el tiempo establecido por el médico tratante (27).

- Artículo 5 de la Resolución 1604 de 2013, establece responsabilidades de las EAPB y las IPS para la entrega de medicamentos: numeral 6 (28) “asegurar que se realice la entrega de medicamentos, en los términos dispuestos en la presente resolución”, numeral 7 (28) “procedimientos que aseguren la entrega inmediata y completa de los medicamentos o la entrega de los mismos en el lugar de residencia o de trabajo del afiliado, cuando estos lo autoricen, dentro de las 48 horas siguientes a la reclamación”.

- Numerales 9,10,11,12, del anexo II de la Resolución 3280 de 2018 (29) “Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud”. Establece las directrices que serán de obligatorio cumplimiento para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon y recto (29)

- Resolución 229 de 2020 (30) “Por la cual se definen los lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el SGSSS”, Asegurar que los afiliados conozcan sus derechos en términos sencillos, e identifiquen las entidades que prestan ayuda para exigir que estos derechos se hagan cumplir (30).

- Artículo 1° de la Ley 1384 de 2010, (31) “Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el SGSSS vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”.

- Artículo 4, de la Resolución 0247 de 2014, (32) establece las responsabilidades de las EAPB para “reportar a la cuenta de alto costo el registro de pacientes con cáncer”.

3 HIPÓTESIS

- **H0:** No existen condiciones socioculturales ni geográficas de los adultos con cáncer, que se relacionen con la presencia de barreras administrativas para acceder a la prestación de servicios de salud oncológicos.
- **Ha:** Existen condiciones socioculturales y geográficas de los adultos con cáncer, que se relacionan con la presencia de barreras administrativas para acceder a la prestación de servicios de salud oncológicos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las variables demográficas y socioeconómicas, así como las barreras socioculturales y geográficas que mejor explican la presencia de barreras administrativas para acceder a los servicios de salud que enfrentan adultos con cáncer en una IPS privada de Bogotá.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas y socioeconómicas de la población de estudio.
2. Identificar las principales barreras socioculturales y geográficas existentes en adultos con cáncer para acceder a la prestación de servicios de salud.
3. Calcular la frecuencia de barreras administrativas que enfrentan adultos con cáncer para acceder a la prestación de servicios de salud.
4. Analizar las variables demográficas y socioeconómicas, así como las barreras socioculturales y geográficas asociadas a la presencia de barreras administrativas para acceder a los servicios de salud.

5 METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo cuantitativo

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, analítico, transversal.

5.3 POBLACIÓN

Adultos (mayores de 18 años) con diagnóstico de cáncer, asignados al Centro de Investigaciones Oncológicas Clínica San Diego (CIOSAD), para recibir atención médica entre mayo de 2022 y marzo de 2023. Según la base de datos suministrada por la institución había 6.637 pacientes asignados para este periodo.

5.3.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se tuvo estricta atención con los criterios de inclusión y exclusión para proteger la calidad del dato (ver tabla 1) y la información de las encuestas que estuvieron correcta y completamente diligenciadas fue la que se tuvo en cuenta para el desarrollo de los análisis.

Tabla 1 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos (mayores de 18 años) - Pacientes con diagnóstico de cáncer - Pacientes que tienen asignada CIOSAD como IPS de atención en salud oncológica entre mayo de 2022 y marzo de 2023 - Pacientes en los que se pueden corroborar datos en historia clínica electrónica de la institución 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos con diagnóstico de cáncer que acuden a otras instituciones oncológicas en el periodo establecido - Pacientes sin diagnóstico de cáncer - Pacientes en edad pediátrica (menores de 18 años) - Pacientes que acuden de forma particular - Pacientes que no aceptan realizar la encuesta - Encuestas parcialmente diligenciadas - Pacientes en los que no es posible corroborar datos en historia clínica electrónica de la institución

5.4 DISEÑO MUESTRAL

Para determinar la muestra se usó Open Epi, versión 3. (ver tabla 2). El tamaño de la población se obtuvo a partir de los pacientes asignados a la institución en el periodo establecido (6.637 pacientes), con una frecuencia conocida del 34.5% para barreras de acceso en salud de tipo administrativo (6), calculado con un intervalo de confianza al 95%, dando como resultando una muestra de 328 pacientes. La muestra se obtuvo mediante aleatorización simple y muestreo no probabilístico accidental.

Tabla 2 *Tamaño de la muestra para la frecuencia de una población*

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	6.637
Frecuencia hipotética (%) del factor del resultado en la población (p) (6):	34% +/-5
Límites de confianza como porcentaje (absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para varios niveles de confianza		
Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%		328

Ecuación: Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$
 Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Fuente OpenEpi, versión 3

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables se dividieron en cuatro grupos principales: barreras de tipo administrativo (variable dependiente), características demográficas y socioeconómicas, barreras socioculturales y barreras geográficas. La tabla de variables contiene la definición conceptual de cada una de ellas, su naturaleza y escalas de medición (ver anexo 1).

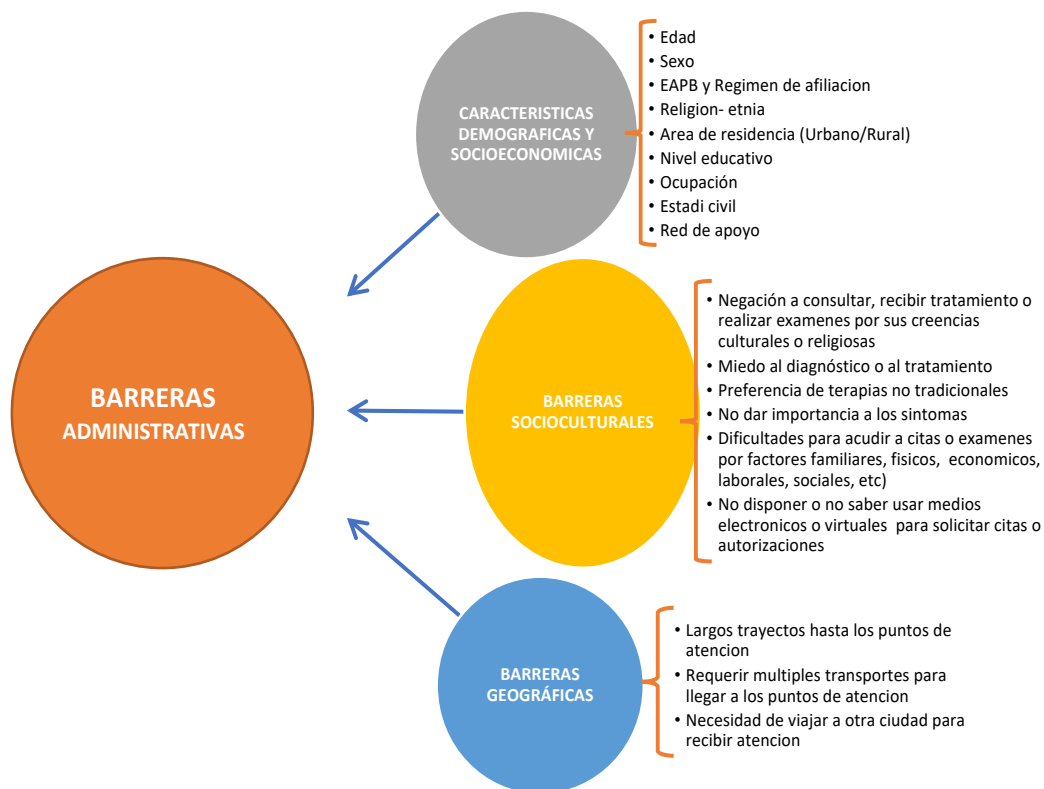


Figura 3 Diagrama de variables

- **Barreras administrativas:** cuenta con 16 ítems, para determinar si los pacientes se vieron expuestos a negación de autorizaciones, demoras en la asignación de citas o retraso en la toma de exámenes e inicio de tratamientos, etc. También incluye preguntas para establecer si la EAPB suministra ayudas para su proceso de atención.
- **Características demográficas y socioeconómicas:** cuenta con 14 ítems, en los que se incluye información básica como edad, sexo, lugar de procedencia, EAPB y régimen de afiliación, así como una pregunta de si cuenta o no con un acompañante para identificar la red de apoyo.
- **Barreras socioculturales:** condiciones o características particulares de la población que limitan el acceso a los servicios de salud: recursos económicos escasos, falta de tiempo, condiciones sociales (discapacidad física o mental, ser

cuidador, no contar con permiso laboral), creencias culturales o religiosas que impiden solicitar atención en salud o recibir determinados tratamientos.

- **Barreras geográficas:** residir en una ubicación geográfica de difícil acceso que genera largos recorridos o traslados a otras ciudades.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se aplicaron encuestas a pacientes asignados a CIOSAD entre mayo de 2022 y marzo de 2023.

5.6.1 Fuentes de información

Fuente de información primaria.

5.6.2 Instrumento de recolección de información

Se diseñó una encuesta (ver anexo 2), en formato físico y electrónico, con el fin de determinar la frecuencia de barreras administrativas, socioculturales y geográficas. En la primera parte del instrumento se diligencian datos generales de los pacientes para la caracterización demográfica y socioeconómica, que incluye, edad, sexo, nivel educativo, procedencia, EAPB, tipo de afiliación, CIE 10 y número de identificación (para corroborar el diagnóstico de cáncer y otros datos en la historia clínica electrónica). En la segunda parte de la encuesta hay dos grupos de preguntas para identificar barreras de tipo administrativo y barreras socioculturales y geográficas.

5.6.3 Proceso de obtención de la información

La encuesta se aplicó vía telefónica a los pacientes seleccionados por aleatorización simple, a partir del listado de usuarios asignados a la institución en el periodo definido. El muestreo no probabilístico accidental se realizó con pacientes que acudieron por consulta externa a la institución y se les realizó la encuesta de forma presencial. Las encuestas de la prueba piloto, que no tuvieron ninguna observación acerca de la claridad de alguna de las preguntas, fueron incluidas en la muestra final.

Esta encuesta fue realizada entre mayo de 2022 y marzo de 2023 en la clínica San Diego por personal de salud previamente capacitado y familiarizado con cada una

de las preguntas del instrumento, quienes registraron las respuestas en el formato de Google.

(https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSegliyMuL5Ou30dpCKAwodMWYDEFTkmxLVZ6EhiPxZDWpn3Zw/viewform?usp=pp_url).

5.7 PRUEBA PILOTO

Una vez fue aprobado el proyecto de investigación y el instrumento de recolección de información por el comité de ética de la clínica, se realizó una prueba piloto con el fin de evaluar la claridad de cada una de las preguntas.

Tabla 3 Preguntas modificadas a partir de la prueba piloto

Código	Pregunta original	#respuestas (no entiendo la pregunta)	Modificación realizada
Adm_7	¿Su aseguradora (EPS) le suministra transporte o viáticos si debe trasladarse de ciudad para las citas?	1	¿Su asegurador (EPS) le suministra transporte o viáticos si le asignaron una cita médica o exámenes en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? Se agregó la opción “no aplica”
Adm_8	¿Su aseguradora (EPS) le suministra transporte o viáticos a su acompañante si debe trasladarse de ciudad para las citas?	1	¿Su asegurador (EPS) le suministra transporte o viáticos a su acompañante si le asignan una cita médica en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? Se agregó la opción “no aplica”
Adm_1 1	Cita con el especialista para valoración de su patología actual	1	¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que le asignaron cita con el especialista para valoración de su patología actual?
Adm_1 4	Inicio de Quimioterapia/ Radioterapia	1	¿Cuánto tiempo transcurrió para el inicio de quimioterapia/radioterapia?
Sc_ Geo_8	¿No dio importancia a los síntomas de su enfermedad actual cuando iniciaron?	3	¿Dio poca importancia a los síntomas cuando inició su actual enfermedad?
Sc_Ge o_12	¿Debe ir a otra ciudad para citas y exámenes, pero no tiene a donde llegar ni los medios económicos para pagar su hospedaje?	3	¿Tiene a donde llegar (casa de familiar o amigo) o los medios económicos para pagar su hospedaje, cuando le asignan una cita médica o examen en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? Se agregó la opción “no aplica”

Se realizó una selección aleatoria simple de 60 pacientes a partir de la base de datos suministrada por la institución; inicialmente se enviaron 59 encuestas vía

mensaje de texto (ya que uno de los pacientes solo tenía números de teléfono fijo) obteniendo solo una respuesta a la encuesta. Se enviaron nuevamente 58 encuestas por mensaje de WhatsApp a los números que no respondieron al mensaje de texto, obteniendo en esta ocasión 4 respuestas, por lo tanto, se completó la prueba piloto de forma presencial mediante muestreo no probabilístico causal a pacientes que acudieron por consulta externa a la clínica.

A partir de la prueba piloto se modificaron 6 preguntas del cuestionario y en algunas de ellas se incluyó la opción “no aplica”, para pacientes que no presentan este factor. También permitió evidenciar que las encuestas enviadas por medios electrónicos tienen una respuesta menor al 7% y por tanto, se modificó la estrategia de recolección de datos y de muestreo, haciendo encuestas de forma presencial y vía telefónica mediante muestreo no probabilístico accidental y muestreo por aleatorización simple respectivamente.

De 59 encuestas realizadas, no se tuvo en cuenta una, por tratarse de una paciente particular, de las 58 encuestas restantes hubo 6 ítems en la que la respuesta fue no entiendo la pregunta, 4 de las cuales corresponden a la categoría de barreras administrativas y 2 a barreras socioculturales y geográficas.

La prueba piloto aportó 34 encuestas para la muestra final, una vez se eliminaron del listado los pacientes que no tenían diagnóstico de cáncer, que el número de documento tuvo error de digitación y no se encontró en la historia clínica electrónica de la institución y los que respondieron “no entiendo la pregunta” en alguno de los ítems.

5.8 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

- **Sesgo de memoria del entrevistado:** se controló por medio de preguntas fáciles de entender para todo tipo de nivel educativo, con respuestas de múltiple opción. Prueba piloto para evaluar la claridad de las preguntas. Datos como diagnóstico (CIE10), EPS y régimen de afiliación fueron confirmados en la historia clínica electrónica de la institución.
- **Sesgo del entrevistador:** se realizó capacitación a los colaboradores encargados de realizar las encuestas, para que estas fueran adecuadamente diligenciadas. Se brindó un reconocimiento económico por cada encuesta diligenciada de forma completa y efectiva, para garantizar que el trabajo fuera

bien realizado.

- **Sesgo de selección:** el muestreo no probabilístico usado para obtener una parte de la muestra, fue un factor que influyó para que todos los pacientes asignados a la institución no tuvieran la misma posibilidad de participar en el estudio.

5.9 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se caracterizó la población mediante tablas de frecuencia y medidas de tendencia central. Identificación de las barreras administrativas y las barreras socioculturales y geográficas más prevalentes, las variables politómicas fueron dicotomizadas para la realización de tablas cruzadas, análisis bivariados y cálculo de razón de prevalencia (RP) (ver tabla 4), de esta forma determinar las variables independientes que influyeron sobre la variable dependiente (barreras administrativas). Adicionalmente, para avanzar en los análisis, se seleccionaron 5 de las barreras administrativas más prevalentes y se usaron modelos de regresión logística binomial para explicar los factores socioculturales y geográficos que más aportaron a que las barreras administrativas se presentaran y limitaron el acceso de los pacientes con cáncer a los servicios de salud. Se usó el programa estadístico SPSS versión 26.

Tabla 4 Variables politómicas dicotomizadas

Variables politómicas dicotomizadas		
Sexo	Se cambiaron las respuestas de <i>indeterminado</i> por el sexo biológico del encuestado	Femenino Masculino
Edad	60 años es la mediana de edad de la población estudiada	>60 años <=60 años
Régimen	La población que se considera más vulnerable es la perteneciente al régimen subsidiado	Subsidiado Otros
Escolaridad	En la actualidad secundaria es el mínimo nivel educativo exigido para acceder a un empleo	<Secundaria >Secundaria
Empleo	Tener empleo implica ingresos y se asume estabilidad económica (en el grupo “si empleo” se incluyeron a los pensionados por recibir una mesada)	Si No
#Transportes para citas	El uso de 2 o más transportes implica más gastos para el paciente	2 o más 1 o 0

Variables politómicas dicotomizadas		
Tiempo de traslado a citas	Cerca de la mitad de pacientes informó tarda menos de 2 horas en traslado a citas, por esta razón se definió en 2 horas como punto de corte	>2 horas <2 horas
Tiempo de traslado a oficinas EPS	Cerca de la mitad de pacientes informó tarda menos de 2 horas en traslado a las oficinas de la EPS, por esta razón se definió en 2 horas como punto de corte	>2 horas <2 horas
Número de instituciones diferentes a las que acudió para realización de exámenes, imágenes y citas médicas	Más de la mitad de pacientes debió acudir a 2 o 3 instituciones diferentes, las otras 2 opciones posibles son 1 y 4 o 6, por esto se dejó el corte en 3 o menos y 4 o más.	<=3 >=4

5.10 DIVULGACIÓN DE RESULTADOS

Se espera publicar en la Revista Nacional de Salud Pública.

6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los principios establecidos en la **Declaración de Helsinki** y según la normatividad en investigación establecida en Colombia con lo señalado en el numeral (a) del **Artículo 11** de la **Resolución 8430 de 1993** del Ministerio de Salud (33), “**Investigación sin riesgo**: 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, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Se realizó un consentimiento informado para la autorización de tratamiento de datos, en el que se aclara, serán usados exclusivamente con fines investigativos del presente estudio y de futuros estudios que sigan la misma línea de investigación, este se encuentra como encabezado tanto del formato físico como del formato electrónico de la encuesta “... sus datos personales solo serán usados con fines académicos. La participación en el estudio es libre y voluntaria, no le va a garantizar beneficios, ni le va a generar inconvenientes con su asegurador. Sus respuestas contribuirán a la investigación y creación de acciones que mejoren la oportunidad y calidad en la atención en salud a pacientes con cáncer. Entendiendo lo anterior, autoriza y accede a responder la siguiente encuesta.”

Previo al inicio de la recolección de datos, se sometieron a evaluación el proyecto de investigación y el instrumento de obtención de la información, al comité de ética de la clínica, quienes dieron aval para su realización (ver anexo 3).

7 RESULTADOS

Se realizaron un total de 486 encuestas, 234 de forma presencial y 252 vía telefónica, de las cuales 157 fueron excluidas por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión, (principalmente, pacientes sin diagnóstico de cáncer, personas que acudieron de forma particular y aquellos que tuvieron errores de diligenciamiento en el número de identificación, sin que fuera posible corroborar datos en la historia clínica electrónica) resultando 329 encuestas efectivas para la muestra definitiva (111 presenciales, 184 telefónicas y 34 encuestas de la prueba piloto).

7.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

La media de edad fue de 57.82 años y mediana de 60 años, con un límite inferior de 20 años y límite superior de 89 años, la mayor proporción de pacientes estaba entre 61 y 70 años (27.4%), seguido del rango de 51 a 60 años (21.9%). La variable edad tuvo una distribución no normal.

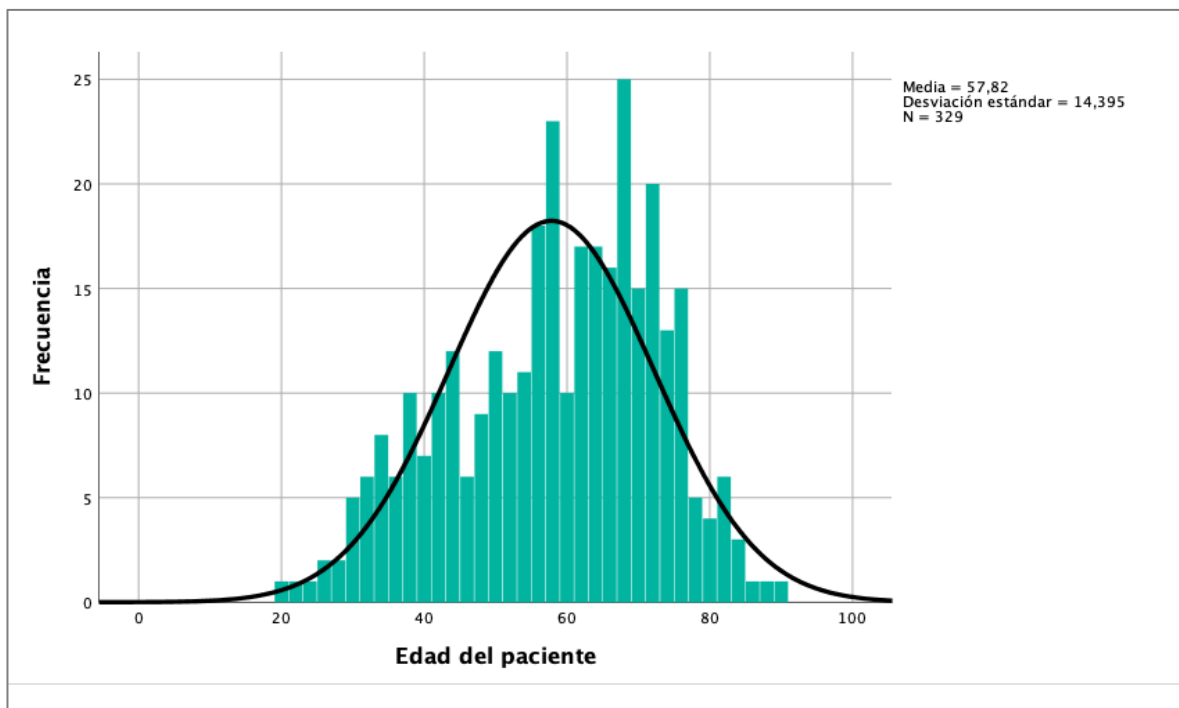


Figura 4 Histograma de la variable edad

Las mujeres (72%) predominaron en la población encuestada, y un paciente refirió ser de género indeterminado. Al momento de la encuesta, cerca de un tercio de la población estaba soltera (36.5%) y otro tercio (33.4%) casada, sin embargo la distribución del estado civil de acuerdo al género varía, ya que la mayor proporción de mujeres estaban solteras (37.97%) y por el contrario, la mayoría de hombres casados (46.15%).

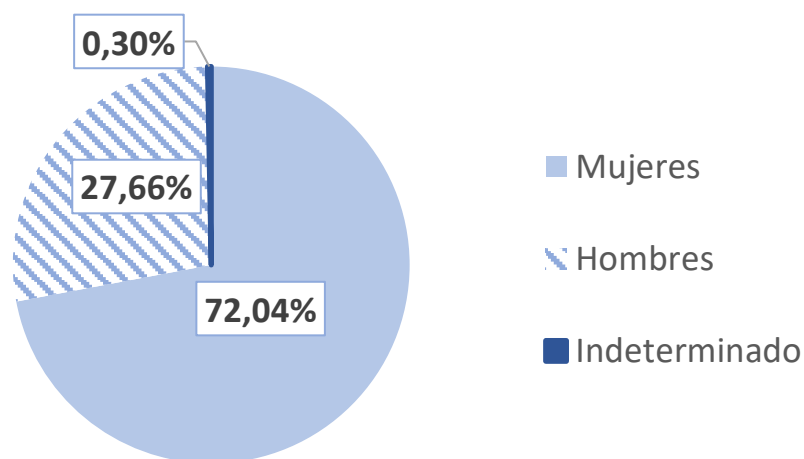


Figura 5 Distribución de la población por género

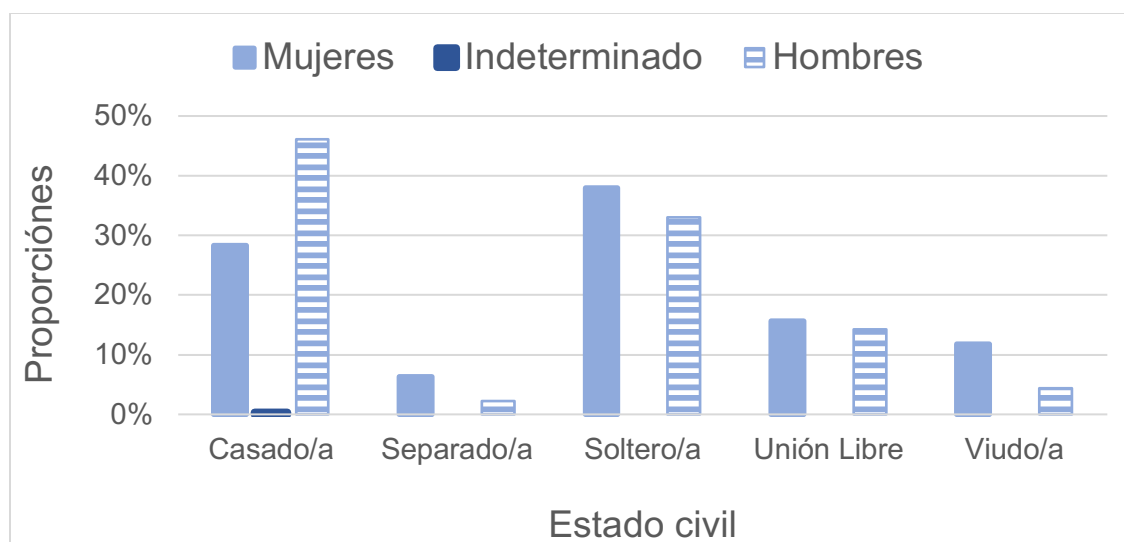


Figura 6 Estado civil por género

Más de la mitad de la población de sexo masculino contaba con empleo (63.74%), mientras que el 58.4% de las pacientes de sexo femenino refirió estar desempleada, dentro de ese porcentaje se encontraban 133 amas de casa y 5 estudiantes. La mayoría de mujeres (41.35%) alcanzó algún grado de secundaria y los hombres realizaron principalmente (37.82%) primaria. El 37.7% de la población general hizo estudios secundarios, el 31% primaria, 87 personas tenían título profesional, habían realizado estudios técnicos o de posgrado y solo el 4.9% refirió no tener estudios. En áreas rurales, fue superior el porcentaje de pacientes que curso primaria (46.3%) y en área urbana los que cursaron secundaria (38.9%).

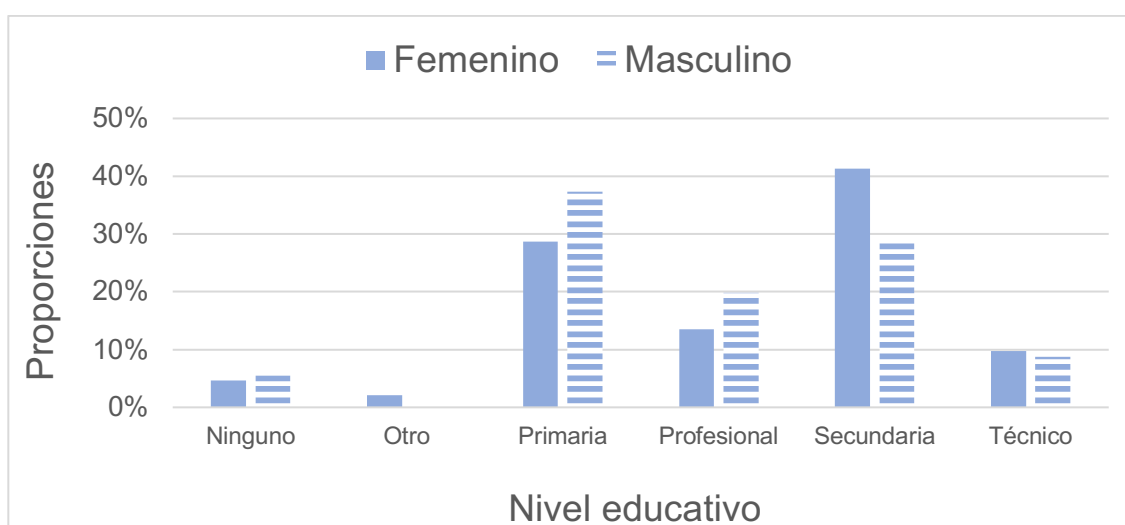


Figura 7 Nivel educativo alcanzado según el sexo

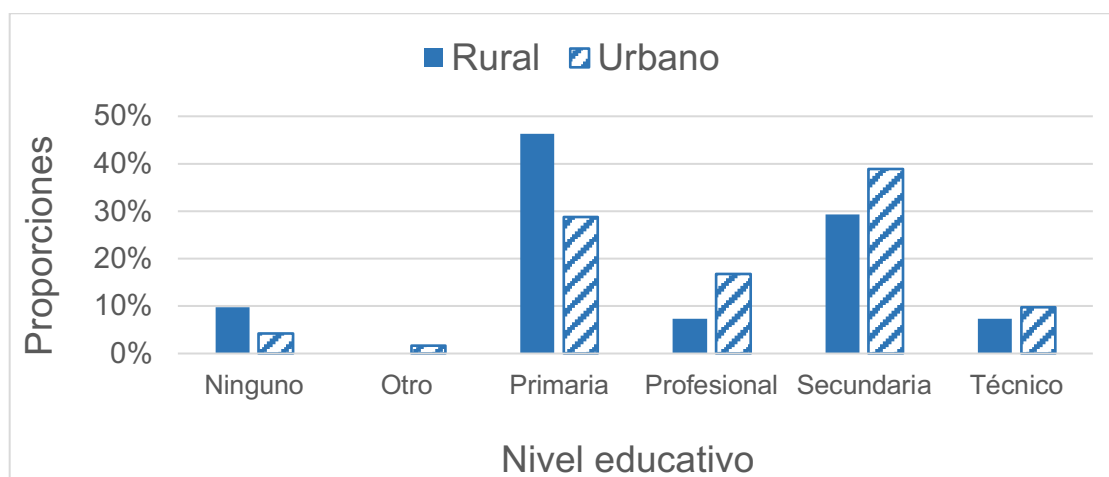


Figura 8 Nivel educativo alcanzado según área de residencia

La mayoría de encuestados practicaba el catolicismo (85.1%) y no pertenecía a ninguna etnia (96.75%). El 87.5% de la población residía en área urbana, principalmente en el distrito capital (54.5%) y los departamentos de Cundinamarca (26.4%) y Boyacá (8.3%), así mismo, en estos dos últimos departamentos estaba la mayor proporción de habitantes rurales (24.4% y 43.9% respectivamente).

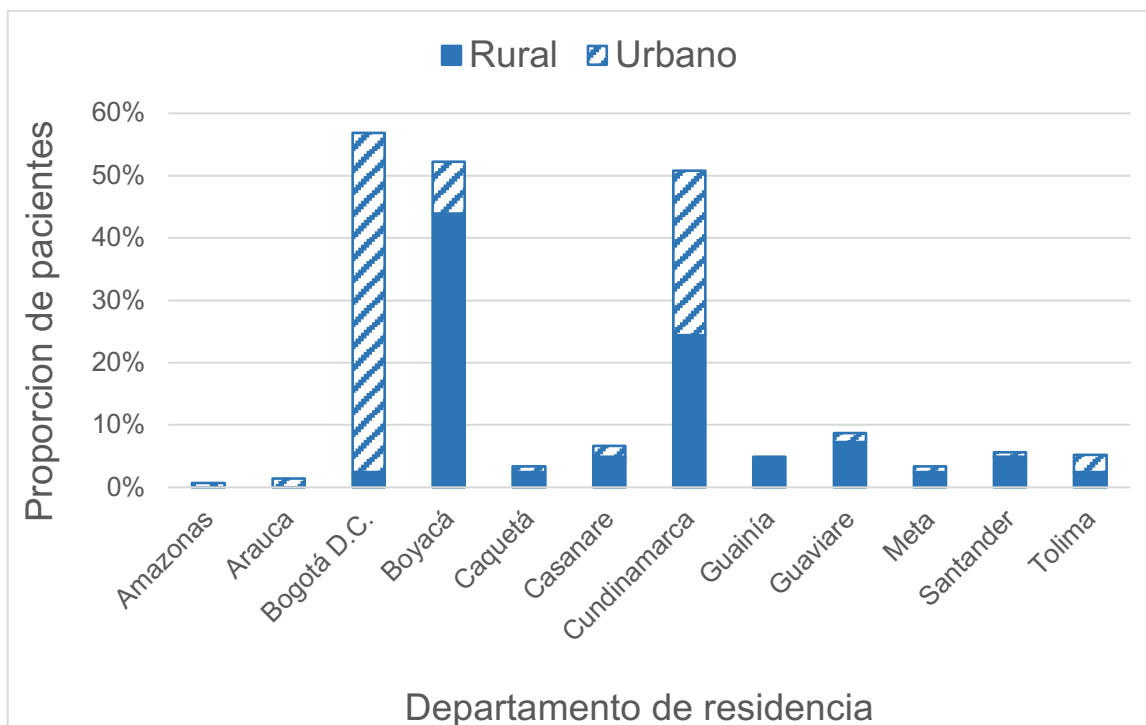


Figura 9 Área de residencia por departamento

El régimen de afiliación predominante era el contributivo (76.29%), seguido del subsidiado (20.67%) y el régimen especial (3.04%). 205 pacientes (62.3%) pertenecían a la EPS Famisanar, de los cuales el 3.41% eran subsidiados. Los afiliados a la Nueva EPS y Coosalud ocuparon el segundo y tercer lugar con un 10.9% y 10% respectivamente. En las EPS Capresoca, Comfamiliar, Coomeva, Ecoopsos, Emcosalud, Salud Total y Unión Temporal Salud se encontraba el 16.8% restante de la población. El tipo de afiliación en área rural tenía una distribución similar, 48.78% pertenecía al contributivo y 46.34% al subsidiado, a diferencia del área urbana donde el 80.21% de la población estaba afiliada al contributivo.

Durante el proceso de la enfermedad, el 1.8% de pacientes (todas mujeres) no contaron con el acompañamiento de algún familiar o amigo, aun cuando 2 de ellas indicaron tener limitaciones físicas que les impedía movilizarse solas. El 50% de estas mujeres se encontraba en el rango de 41 a 50 años.

7.2 PRINCIPALES BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS

El ser diagnosticado con cáncer (80.9%) y la incertidumbre del tratamiento (68.4%) con sus posibles efectos secundarios, fueron temores que compartió la mayoría de pacientes, aun así el 76% de la población dio importancia a los síntomas de su enfermedad y consultó a los servicios de salud.

Tabla 5 Principales barreras socioculturales y geográficas (dicotómicas)

BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS (DICOTÓMICAS)			
Cod	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sc_Geo_5	Tenía miedo del diagnóstico	266	80.9%
Sc_Geo_6	Tenía miedo al tratamiento	225	68.4%
Sc_Geo_11	No cuenta con los medios económicos para costear los gastos de los traslados a citas y exámenes	172	52.3%
Sc_Geo_16	No sabe usar los medios virtuales (internet) para solicitar citas, autorizaciones o descargar exámenes	166	50.5%
Sc_Geo_12	No tiene a donde llegar (casa de familiar o amigo) o los medios económicos para pagar su hospedaje, cuando le asignan una cita médica o examen en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive	133	40.4%
Sc_Geo_9	Es necesario que alguien lo lleve a las citas, pero no tiene quien lo acompañe	96	29.2%
Sc_Geo_8	Dio poca importancia a los síntomas cuando inició su actual enfermedad	78	23.7%
Sc_Geo_10	Tiene problemas físicos que limitan su movilidad	63	19.1%
Sc_Geo_15	Tiene otros inconvenientes personales que prefiere no mencionar para el acceso a los servicios de salud	29	8.8%
Sc_Geo_4	Alguno de sus familiares o amigos le sugirió que era mejor no hacerse el tratamiento, examen o consulta	19	5.8%
Sc_Geo_7	Prefirió realizar tratamientos no convencionales	13	4%
Sc_Geo_13	Le es imposible acudir a las citas porque no le dan permiso en el trabajo	8	2.4%
Sc_Geo_14	Le es imposible acudir a las citas porque es cuidador de adulto mayor/ menor de edad/ persona con discapacidad y no tiene con quien dejarlo	5	1.5%
Sc_Geo_1	Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió consultar al médico	2	0.6%
Sc_Geo_2	Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió realizar los exámenes ordenados	2	0.6%
Sc_Geo_3	Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió recibir el tratamiento indicado	1	0.3%

Más de la mitad de la población informó que no cuenta con los medios económicos para costear los traslados para acudir a citas médicas o exámenes, gastos que incluso fueron difíciles de asumir para aquellos que no requirieron viajar a una ciudad diferente a la de su residencia.

El 0.9% de la población no contaba con teléfono fijo, celular, ni internet en su domicilio y la mitad de los pacientes (50.5%) informó que no sabía usar medios virtuales para solicitar citas o autorizaciones, mientras que, para acceder a las oficinas físicas de las EPS y hacer ese trámite, el 46.8% de los pacientes tardaba entre 1 y 2 horas, el 31.3% menos de 1 hora, mientras que el 13.1% debía disponer de 2 a 3 horas para llegar a la sede administrativa.

Tabla 6 Principales barreras socioculturales y geográficas (politómicas)

BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS (POLITÓMICAS)				
Cod	Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sc_Geo 21	Tiempo de traslado desde su vivienda hasta los sitios donde su asegurador (EPS) lo envía a citas y exámenes	Más de 3 horas	48	14.6%
		Menos de 1 hora	45	13.7%
		Menos de 2 horas	166	50.5%
		Menos de 3 horas	70	21.3%
Sc_Geo 19	Tiempo de traslado desde su vivienda hasta el centro de atención en salud más cercano (Clínica, hospital, dispensario, centro médico...)	Más de 3 horas	23	7%
		Menos de 1 hora	160	48.6%
		Menos de 2 horas	107	32.5%
		Menos de 3 horas	39	11.9%
Sc_Geo 20	Número de transportes necesarios para llegar a citas médicas, toma de laboratorios o imágenes diagnósticas	1	157	47.7%
		2	135	41%
		3 o más	34	10.3%
		Ninguno	3	0.9%
Sc_Geo 22	Tiempo de traslado desde su vivienda hasta los puntos de autorización de su asegurador (EPS)	Más de 3 horas	29	8.8%
		Menos de 1 hora	103	31.3%
		Menos de 2 horas	154	46.8%
		Menos de 3 horas	43	13.1%
Sc_Geo 18	Canales de atención que la EPS tiene a su disposición para solicitar citas, exámenes o autorizaciones	Oficina	99	30.1%
		Oficina, teléfono	143	43.5%
		Oficina, teléfono, virtual	68	20.7%
Sc_Geo 17	En casa tiene acceso a: teléfono fijo, celular, internet, ninguno	Ninguno	3	0.9%
		Alguno	188	57.2%
		Los 3	138	41.9%

Para acudir al centro de atención en salud más cercano (clínica, hospital, dispensario, centro médico...), el 48.6% de la población demoró menos de 1 hora y el 32.5% tardó entre 1 y 2 horas; sin embargo, para acudir a las sedes donde fueron

enviados por la EPS para citas o exámenes el 50.5% demoró entre 1 y 2 horas y requirieron el uso de 1 (47.7%) y 2 transportes (41%).

7.3 BARRERAS ADMINISTRATIVAS MÁS FRECUENTES

El principal obstáculo administrativo referido por los pacientes (86.9%) fue la fragmentación de los servicios, ya que no realizaron los estudios ni la valoración especializada en la misma institución, de hecho el 70.2% indicó que debió acudir a 2 o 3 instituciones diferentes y el 10% a 4 o 6.

Tabla 7 Principales barreras administrativas (dicotómicas)

BARRERAS ADMINISTRATIVAS (DICOTÓMICAS)			
Cod	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Adm _9	No le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución	286	86.9%
Adm _8	Su asegurador (EPS) no le suministra transporte o viáticos a su acompañante si le asignan una cita médica en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive	211	64.1%
Adm _7	Su asegurador (EPS) no le suministra transporte o viáticos si le asignan una cita médica o exámenes en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive	202	61.4%
Adm _5	Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes	72	21.9%
Adm _6	Su aseguradora (EPS) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive	68	20.7%
Adm _1	Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)	57	17.3%
Adm _3	Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere	53	16.1%
Adm _2	Dejaron de tomar los exámenes que ordenó su médico por múltiples excusas de su asegurador (EPS)	48	14.6%
Adm _4	Cambió de asegurador (EPS), por motivos diferentes a su propia elección	30	9.1%

Otra de las quejas más frecuentes fue, la demora en la asignación de citas para valoración con el especialista (56.2%), o para la realización de exámenes especializados (54.1%), en ambos casos, los pacientes tuvieron que esperar entre

1 y 3 meses, sin embargo la proporción de pacientes que debió esperar más de 6 meses para una cita (2.1%) o para la realización de estudios (0.6%) fue mucho menor.

Tabla 8 Principales barreras administrativas (politómicas)

BARRERAS ADMINISTRATIVAS (POLITÓMICAS)				
Cod	Variable		Frecuencia	Porcentaje
Adm _10	Número de instituciones diferentes a las que acudió para la realización de exámenes, imágenes y citas médicas especializadas	1	65	19.8%
		2 a 3	231	70.2%
		4 a 6	33	10%
Adm _11	Tiempo transcurrido hasta la asignación de cita con el especialista para valoración de su patología actual	Más de 6 meses	7	2.1%
		Menos de 1 mes	96	29.2%
		Menos de 3 meses	185	56.2%
		Menos de 6 meses	41	12.5%
Adm _12	Tiempo transcurrido hasta la asignación de cita para la realización de exámenes especializados	Más de 6 meses	2	0.6%
		Menos de 1 mes	114	34.7%
		Menos de 3 meses	178	54.1%
		Menos de 6 meses	35	10.6%
Adm _13	Tiempo transcurrido hasta la realización de cirugía	Más de 6 meses	5	1.5%
		Menos de 1 mes	83	25.2%
		Menos de 3 meses	123	37.4%
		Menos de 6 meses	46	14%
		N/A	72	21.9%
Adm _14	Tiempo transcurrido para el inicio de quimioterapia/ radioterapia	Más de 6 meses	3	0.9%
		Menos de 1 mes	46	14%
		Menos de 3 meses	83	25.2%
		Menos de 6 meses	25	7.6%
		N/A	172	52.3%

El 21.9% de los pacientes requirió renovar las autorizaciones médicas por vencimiento de estas, ante la tardanza en la asignación de citas y realización de exámenes, lo que implicó aumento en los trámites a realizar por la población, sumado a que el 20.7% de los encuestados informó que su EPS no tiene puntos de autorización en la ciudad donde vive. Las EPS con mayor proporción de pacientes que tuvieron la necesidad de renovar autorizaciones fueron, Capresoca (50%), Comfamiliar (28.6%), Unión Temporal Salud (25%), Coosalud (24.2%) y Famisanar (21%), las restantes estaban por debajo del 20%.

7.4 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS

Se seleccionaron 5 de las principales variables administrativas y cada una de ellas se relacionó con 7 características demográficas y socioeconómicas.

El no tener empleo favoreció la fragmentación de los servicios RP 1.13 (IC 95% 1.03 – 1.23), con diferencias entre los pacientes que tuvieron que acudir a diferentes instituciones para la realización de exámenes y recibir atención médica especializada y aquellos pacientes que no tenían empleo, resultados estadísticamente significativos ($p= 0.005$), (ver tabla 9).

Tabla 9 Barrera administrativa 9 vs. características demográficas y socioeconómicas

Barreras Administrativas		Le realizaron todos los estudios y lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución						
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Características demográficas y socioeconómicas								
Sexo	Femenino	211	27	238	0.133	1.08	0.97	1.20
	Masculino	75	16	91				
Edad	>60 años	139	20	159	0.798	1.01	0.93	1.10
	<=60 años	147	23	170				
Área de residencia	Rural	38	3	41	0.243	1.08	0.98	1.19
	Urbano	248	40	288				
Régimen afiliación	Subsidiado	59	9	68	0.964	1.00	0.90	1.11
	Otros	227	34	261				
Escolaridad	<Secundaria	212	30	242	0.546	1.03	0.93	1.14
	>Secundaria	74	13	87				
Empleo	NO	158	14	172	0.005	1.13	1.03	1.23
	SI	128	29	157				
Red apoyo	NO	6	0	6	0.338	1.15	1.11	1.20
	SI	280	43	323				

Se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que debieron renovar autorizaciones médicas y las personas mayores de 60 años (RP 1.89), aquellos que vivían en área rural (RP 1.7), pertenecían al régimen subsidiado (RP 1.92) y cuyo

nivel educativo era inferior a secundaria (RP 1.99), comportándose todas estas variables como factor de riesgo para tener que volver a autorizar órdenes que se vencieron por demoras en la asignación de citas médicas o exámenes (ver tabla 10).

Tabla 10 Barrera administrativa 5 vs. características demográficas y socioeconómicas

Barreras Administrativas		Debió renovar autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes						
		SI	NO	TOTAL	P	RP	IC 95% Inf	IC 95% Sup
Sexo	Femenino	48	190	238	0.223	0.77	0.50	1.17
	Masculino	24	67	91				
Edad	>60 años	46	113	159	0.003	1.89	1.23	2.91
	<=60 años	26	144	170				
Área de residencia	Rural	14	27	41	0.042	1.70	1.05	2.75
	Urbano	58	230	288				
Régimen afiliación	Subsidiado	24	44	68	0.003	1.92	1.27	2.90
	Otros	48	213	261				
Escolaridad	<Secundaria	61	181	242	0.015	1.99	1.10	3.61
	>Secundaria	11	76	87				
Empleo	NO	41	131	172	0.370	1.21	0.8	1.83
	SI	31	126	157				
Red apoyo	NO	1	5	6	0.755	0.76	0.13	4.59
	SI	71	252	323				

Dentro de las características demográficas y socioeconómicas analizadas, se evidenciaron diferencias significativas entre la no existencia de puntos de autorización de las EAPB en la ciudad de residencia de los usuarios y los pacientes que habitaban en área rural (RP 2.93) o aquellos que estaban afiliados al régimen subsidiado (RP 1.6), comportándose ambas variables como factor de riesgo para tener que trasladarse a otras ciudades para realizar los tramites administrativos (ver tabla 11).

Tabla 11 Barrera administrativa 6 vs. características demográficas y socioeconómicas

Características demográficas y socioeconómicas		Barreras Administrativas		Su aseguradora (EPS) tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive				
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Sexo	Femenino	52	186	238	0.393	1.24	0.75	2.06
	Masculino	16	75	91				
Edad	>60 años	32	124	159	0.560	1.13	0.74	1.73
	<=60 años	33	137	170				
Área de residencia	Rural	20	21	41	0.000	2.93	1.95	4.39
	Urbano	48	240	288				
Régimen afiliación	Subsidiado	20	48	68	0.046	1.60	1.02	2.50
	Otros	48	213	261				
Escolaridad	<Secundaria	52	190	242	0.541	1.17	0.71	1.93
	>Secundaria	16	71	87				
Empleo	NO	35	137	172	0.881	0.97	0.63	1.48
	SI	33	124	157				
Red apoyo	NO	3	3	6	0.073	2.49	1.08	5.69
	SI	65	258	323				

Tabla 12 Barrera administrativa 1 vs. características demográficas y socioeconómicas

Características demográficas y socioeconómicas		Barreras Administrativas		Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)				
		SI	NO	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Sexo	Femenino	37	201	238	0.168	0.71	0.43	1.15
	Masculino	20	71	91				
Edad	>60 años	35	124	159	0.030	1.70	1.05	2.77
	<=60 años	22	148	170				
Área de residencia	Rural	10	31	41	0.201	1.50	0.82	2.72
	Urbano	47	241	288				
Régimen afiliación	Subsidiado	15	53	68	0.247	1.37	0.81	2.32
	Otros	42	219	261				

Barreras Administrativas		Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)						
		SI	NO	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Escolaridad	<Secundaria	48	194	242	0.045	1.92	0.98	3.74
	>Secundaria	9	78	87				
Empleo	NO	33	139	172	0.351	1.26	0.78	2.03
	SI	24	133	157				
Red apoyo	NO	1	5	6	0.966	0.96	0.16	5.85
	SI	56	267	323				

Se encontraron diferencias entre los pacientes a quienes dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas del asegurador, los pacientes mayores de 60 años (RP 1.70) y la población que alcanzó un nivel de escolaridad inferior a secundaria (RP 1.92). Ambas características demográficas y socioeconómicas fueron un factor de riesgo para que las EAPB retrasaran o negaran la atención médica requerida por los pacientes. (IC 95% 1.01 – 1.2) (ver tabla 12).

Tabla 13 Barrera administrativa 3 vs. características demográficas y socioeconómicas

Barreras Administrativas		Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere						
		SI	NO	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Sexo	Femenino	35	203	238	0.263	0.74	0.44	1.24
	Masculino	18	73	91				
Edad	>60 años	33	126	159	0.027	1.76	1.06	2.94
	<=60 años	20	150	170				
Área de residencia	Rural	8	33	41	0.526	0.25	0.63	2.46
	Urbano	45	243	288				
Régimen afiliación	Subsidiado	16	52	68	0.062	1.66	0.99	2.80
	Otros	37	276	329				
Escolaridad	<Secundaria	45	197	242	0.041	2.02	0.99	4.12
	>Secundaria	53	79	87				
Empleo	NO	32	140	172	0.198	1.39	0.84	2.31
	SI	21	136	157				
Red apoyo	NO	1	5	6	0.970	1.04	0.17	6.30
	SI	52	271	323				

Tener una edad superior a los 60 años RP 1.76 (IC 95% 1.06 – 2.94) y haber alcanzado un nivel educativo inferior a secundaria RP 2.02 (IC 95% 0.99 – 4.12), fueron factores de riesgo para que el asegurador no suministrara los tratamientos ordenados por el médico tratante, mediante múltiples obstáculos durante el proceso de atención de los pacientes, hallazgos que fueron estadísticamente significativos (ver tabla 13).

7.5 BARRERAS SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS

En este apartado, 5 de las principales variables administrativas se relacionaron con las 6 principales barreras socioculturales y geográficas.

Hubo diferencias entre los pacientes a quienes no les realizaron los estudios ni tuvieron las citas médicas en la misma institución y los pacientes que no sabían usar los medios virtuales ($p = 0.028$). No tener conocimiento sobre el uso de herramientas virtuales fue un factor de riesgo para la fragmentación de los servicios RP 1.1 (IC 95% 1.01 – 1.2) (ver tabla 14).

Tabla 14 Barrera administrativa 9 vs. barreras socioculturales y geográficas

Barreras socioculturales y geográficas		Barreras administrativas		Le realizaron todos los estudios y lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución				
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Medios económicos	NO	153	19	172	0.254	1.05	0.97	1.14
	SI	133	24	157				
Sabe usar medios virtuales	NO	151	15	166	0.028	1.10	1.01	1.20
	SI	135	28	163				
Tiempo traslado a citas	>2h	103	15	118	0.885	1.01	0.92	1.10
	<2h	183	28	211				
#Transportes para citas	2 o +	148	21	169	0.722	1.02	0.93	1.10
	1 o 0	138	22	160				
Tiempo traslado a oficinas EPS	>2h	61	11	72	0.529	0.97	0.87	1.08
	<2h	225	32	257				
Problemas físicos, limitan traslados	SI	51	12	63	0.117	0.92	0.81	1.04
	NO	235	31	266				

Las 5 barreras socioculturales y geográficas que fueron un factor de riesgo para que los pacientes tuvieran que renovar autorizaciones por demoras de la EAPB, están relacionadas principalmente con dificultades de traslado, bien sea porque no contaban con los medios económicos para asumir esos gastos de transporte (RP 1.72), o porque tardaban más de 2 horas en los recorridos para acudir a citas y exámenes (RP 3.36) o a los puntos de autorización (RP 3.38), además de requerir 2 o más transportes (RP 2.3) y tener limitaciones físicas que dificultaron los traslados (RP 2.69), resultados estadísticamente significativos (ver tabla 15).

Tabla 15 Barrera administrativa 5 vs. barreras socioculturales y geográficas

Barreras administrativas		Debió renovar autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes							
		SI	NO	TOTAL	P	RP	IC 95% Inf	IC 95% Sup	
Barreras socioculturales y geográficas	Medios económicos	NO	47	125	172	0.012	1.72	1.11	2.65
	SI	25	132	157					
Sabe usar medios virtuales	NO	34	132	166	0.535	0.88	0.58	1.32	
	SI	38	125	163					
Tiempo traslado a citas	>2h	47	71	118	0.000	3.36	2.19	5.17	
	<2h	25	186	211					
#Transportes para citas	2 o +	51	118	169	0.000	2.30	1.45	3.64	
	1 o 0	21	139	160					
Tiempo traslado a oficinas EPS	>2h	35	37	72	0.000	3.38	2.31	4.94	
	<2h	37	220	257					
Problemas físicos, limitan traslados	SI	28	35	63	0.000	2.69	1.83	3.95	
	NO	44	222	266					

Las barreras relacionadas con traslados a las IPS (RP 2.41) o a las oficinas de las EAPB (RP 2.21), fueron factores relacionados con la ausencia de puntos de autorización de la aseguradora en la ciudad de residencia de los pacientes, bien sea porque tardaban más de dos horas en los trayectos o requirieron más de dos transportes (RP 2.12) para ello, con diferencias significativas (ver tabla 16).

Tabla 16 Barrera administrativa 6 vs. barreras socioculturales y geográficas

Barreras administrativas		Su aseguradora (EPS) tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive						
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Medios económicos	NO	34	138	172	0.673	0.91	0.60	1.39
	SI	34	123	157				
Sabe usar medios virtuales	NO	35	131	166	0.851	1.04	0.68	1.59
	SI	33	130	163				
Tiempo traslado a citas	>2h	39	79	118	0.000	2.41	1.57	3.68
	<2h	29	182	211				
#Transportes para citas	2 o +	47	122	169	0.001	2.12	1.33	3.38
	1 o 0	21	139	160				
Tiempo traslado a oficinas EPS	>2h	26	46	72	0.000	2.21	1.46	3.34
	<2h	42	215	257				
Problemas físicos, limitan traslados	SI	9	54	63	0.164	0.64	0.34	1.23
	NO	59	207	266				

Tabla 17 Barrera administrativa 1 vs. barreras socioculturales y geográficas

Barreras administrativas		Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)						
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup
Medios económicos	NO	40	132	172	0.003	2.15	1.27	3.63
	SI	17	140	157				
Sabe usar medios virtuales	NO	26	140	166	0.421	0.82	0.51	1.32
	SI	31	132	163				
Tiempo traslado a citas	>2h	40	78	118	0.000	4.21	2.50	7.08
	<2h	17	194	211				
#Transportes para citas	2 o +	41	128	169	0.001	2.43	1.42	4.15
	1 o 0	16	144	160				
Tiempo traslado a oficinas EPS	>2h	28	44	72	0.000	3.45	2.20	5.40
	<2h	29	228	257				
Problemas físicos, limitan traslados	SI	20	43	63	0.001	2.28	1.43	3.65
	NO	37	229	266				

Se encontraron diferencias entre los pacientes a quienes las EAPB dio múltiples excusas para no asignar citas médicas y los pacientes que no contaban con recursos económicos para asumir gastos de bolsillo (RP 2.15), aquellos que tardaban más de 2 horas en llegar a citas (RP 4.21), o a las oficinas de autorización del asegurador (RP 3.45), requiriendo 2 o más transportes para asistir a las IPS y las personas con problemas físicos que limitaban su movilidad, siendo todos estos factores de riesgo para la negación de los servicios (ver tabla 17).

Tabla 18 Barrera administrativa 3 vs. barreras socioculturales y geográficas

Barreras administrativas		Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere							
		NO	SI	TOTAL	P	RP	IC 95% inf	IC 95% sup	
Barreras socioculturales y geográficas	Medios económicos	NO	40	132	172	0.000	2.81	1.56	5.05
	SI	13	144	157					
Sabe usar medios virtuales	NO	24	142	166	0.411	0.81	0.50	1.33	
	SI	29	134	163					
Tiempo traslado a citas	>2h	37	81	118	0.000	4.14	2.41	7.11	
	<2h	16	195	211					
#Transportes para citas	2 o +	41	128	169	0.000	3.24	1.77	5.93	
	1 o 0	12	148	160					
Tiempo traslado a oficinas EPS	>2h	27	45	72	0.000	3.71	2.32	5.94	
	<2h	26	231	257					
Problemas físicos, limitan traslados	SI	18	45	63	0.003	2.17	1.32	3.57	
	NO	35	231	266					

El que la población no contara con los medios económicos para asumir gastos de traslado (RP 2.81), requiriera tomar 2 o más transportes para acudir a citas (RP 3.24), tuviera limitaciones físicas (RP 2.17), tardara más de 2 horas trasladándose a citas (RP 4.14) o a oficinas para tramitar autorizaciones (RP 3.71), fueron factores favorecedores para que las EAPB obstaculizaran el inicio de los tratamientos, resultados estadísticamente significativos. (ver tabla 18).

7.6 VARIABLES QUE EXPLICAN LA PRESENCIA DE BARRERAS ADMINISTRATIVAS

A partir de la asociación de 5 de las principales barreras administrativas, con las características demográficas y socioeconómicas, así como con las barreras socioculturales y geográficas, se seleccionaron las variables que tuvieron resultados significativos para crear cada uno de los modelos que se muestran a continuación.

7.6.1 Variable administrativa 9. No le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución

Este modelo explica entre el 0.023 y 0.043 de la variable *no le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución*, clasifica correctamente el 86.9% de los casos y es significativo, se acepta el modelo. Los pacientes que tuvieron fragmentación de los servicios estaban desempleados (ver tabla 19).

Tabla 19 Modelo 1: *no le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución*

Variable dependiente	P (modelo)	% global	Variable independiente	P	RP ajustado	IC 95% Inf	IC 95% Sup
No le realizaron todos los estudios ni lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución	0.005	86.9	Empleo	0.007	2.56	1.3	5.04

7.6.2 Variable administrativa 5. Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes

El modelo de la variable *debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes* es significativo y explica entre el 0.162 y 0.250 de esta, con una capacidad de predicción del 79.9%, por tanto se acepta el modelo. Los pacientes que deben renovar autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes, son personas mayores de 60 años, tardan más de

2 horas en trasladarse hasta los sitios donde la EPS lo envía a citas y exámenes o hasta las oficinas de autorización y tienen problemas físicos que limitan su movilidad. La variable que más aporta para explicar el evento, es el tiempo de traslado hasta los sitios donde la aseguradora envía a los pacientes para citas y exámenes. A mayor tiempo de traslados, mayor probabilidad de tener que renovar autorizaciones médicas (ver tabla 20).

Tabla 20 Modelo 2: debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes

Variable dependiente	P (modelo)	% global	Variable independiente	P	RP ajustado	IC 95% Inf	IC 95% Sup
Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes	0.000	79.9	Tiempo traslado a citas	0.003	3.02	1.46	6.27
			Problemas físicos, limitan traslados	0.004	2.75	1.40	5.42
			Tiempo traslado a oficinas EPS	0.042	2.24	1.03	4.88
			Edad	0.034	1.92	1.05	3.50

7.6.3 Variable administrativa 6. La aseguradora (EAPB) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive

El modelo de la variable *la aseguradora (EAPB) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive* es significativo, explica entre el 0.103 y 0.161 de esta y clasifica correctamente el 79.9% de los casos, por tanto se acepta el modelo. Los afiliados que no cuentan con puntos de autorización de la EAPB en el lugar de su residencia, son pacientes que demoran más de 2 horas en trasladarse a las oficinas de la aseguradora, que tienen problemas físicos que limitan su movilidad y viven en área rural. De estas 3 variables, la que más poder explicativo tiene es el tiempo de traslados a las oficinas de la EAPB (ver tabla 21).

Tabla 21 Modelo 3: su aseguradora (EPS) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive

Variable dependiente	P (modelo)	% global	Variable independiente	P	RP ajustado	IC 95% Inf	IC 95% Sup
Su aseguradora (EPS) no tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive	0.000	79.9	Tiempo traslado a oficinas EPS	0.000	3.60	1.88	6.89
			Problemas físicos, limitan traslados	0.024	0.37	0.16	0.88
			Área de residencia	0.000	0.21	0.11	0.44

7.6.4 Variable administrativa 1. Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)

Las variables que mejor explican que las EAPB hayan dejado de asignar citas médicas haciendo uso de múltiples excusas, son: requerir más de 2 horas de traslado a citas y tener problemas físicos con limitaciones de movilidad. Este modelo clasifica correctamente el 82.7% de los casos y explica entre el 0.116 – 0.193 de ellos. Entre más prolongados los tiempos de traslado, mayor probabilidad que las EAPB no asignen las citas (ver tabla 22).

Tabla 22 Modelo 4: dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)

Variable dependiente	P (modelo)	% global	Variable independiente	P	RP ajustado	IC 95% Inf	IC 95% Sup
Dejaron de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)	0.000	82.7	Tiempo traslado a citas	0.000	5.52	2.93	10.39
			Problemas físicos, limitan traslados	0.008	2.50	1.27	4.92

7.6.5 Variable administrativa 3. La aseguradora (EAPB) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere

El no haber dado inicio oportuno a los tratamientos requeridos, por múltiples obstáculos de la EAPB, se explica por 2 variables, tener que disponer de más de 2 horas de traslado para citas y no contar con los medios económicos para asumir el transporte de esos trayectos. Este modelo clasifica correctamente el 83.9% de los casos y explica entre el 0.11 y el 0.19 de ellos, con un valor p significativo. Entre mayor tiempo se requiera para traslados, mayor probabilidad que las EAPB no suministren los tratamientos oportunamente (ver tabla 23).

Tabla 23 Modelo 5: Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere

Variable dependiente	P (modelo)	% global	Variable independiente	P	RP ajustado	IC 95% Inf	IC 95% Sup
Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere	0.000	83.9	Tiempo traslado a citas	0.000	4.79	2.49	9.20
			Medios económicos	0.007	2.60	1.30	5.21

8 DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos de 329 encuestas efectivas, en las que participaron 238 mujeres (más de la mitad de ellas amas de casa) y 91 hombres, con una edad media de 57.8 años, se lograron establecer algunas condiciones socioculturales, económicas y geográficas de la población con cáncer, que se relacionaron con la existencia de barreras administrativas para acceder a los servicios de salud oncológicos.

El principal hallazgo del estudio fue la fragmentación de los servicios (86.9%), requiriendo acudir a dos o tres instituciones diferentes para exámenes y citas (70.2%), sin embargo, en estudios previos basados en PQRS la principal queja de los pacientes fue la inoportunidad (52.2%) (6) y es probable que sea porque los pacientes no son conscientes de que tener que acudir a diferentes instituciones para recibir atención sanitaria también es un obstáculo, más aún, cuando gran parte de esta población no cuenta con los medios económicos para los gastos de traslados (52.3%). De hecho, el que los pacientes demoraran más de 2 horas de traslado para acudir a citas, exámenes o a las oficinas de autorización, aumentó el riesgo no solo de fragmentación de los servicios, sino también de requerir renovar autorizaciones, demoras en la asignación de citas y exámenes, y tener que viajar a otra ciudad para trámites administrativos por ausencia de sedes en el lugar de residencia de los usuarios.

Esta fragmentación de servicios, puede explicarse en parte por el hecho que los centros de atención de mayor nivel de complejidad y que cuentan con todos los servicios (médicos, de diagnóstico y complementarios) para una atención integral en una misma sede, suelen localizarse en las ciudades principales del país, e incluso, en Bogotá se encuentran alejados de las zonas más densamente pobladas y pobres (16,18), requiriendo de al menos 2 horas en traslados y entre 1 (47.7%) y 2 (41%) transportes para acudir a las IPS especializadas. A pesar de que los pacientes refirieron la existencia de sitios de atención sanitaria cercana a sus domicilios, con tiempos de traslado menores a una hora, la mayoría de estas IPS no presta el nivel de complejidad requerido o no tiene convenio con la EAPB de afiliación. También, se encontró que las personas desempleadas tienen más probabilidad de fragmentación de los servicios y puede estar relacionada con dificultades económicas al no recibir un ingreso mensual, no pudiendo costear los gastos derivados de la atención en salud. Todo lo anterior se relaciona con lo

encontrado por Sánchez et al., Martínez et al. y García et al. (8,16,17) en sus estudios sobre barreras de acceso a los servicios de salud y barreras geográficas, donde se conforma una doble barrera de acceso, socioeconómica y geográfica.

El aumento de trámites a realizar por vencimiento de órdenes médicas, secundario a demoras y múltiples excusas de las EAPB (21.9%) fue otro de los obstáculos presentados y estos datos son similares a los encontrados por Rodríguez et al. (6) (20.1%) en su estudio de barreras administrativas. Este hallazgo se relacionó principalmente con población vulnerable (adultos mayores o con limitaciones físicas) y demostró la inequidad del acceso a los servicios, al afectar a personas de bajo nivel educativo, escasos recursos económicos, afiliados al régimen subsidiado, que habitan el área rural y que no cuentan con las herramientas económicas, académicas, legales o de soporte emocional para hacer cumplir con sus derechos, permitiendo que estos sean quebrantados, al igual que lo mencionan Marín et al. y Sánchez et al. (7,8) en sus estudios.

La demora en asignación de citas para valoración médica especializada (56.2%) o exámenes (54.1%) y las múltiples excusas de las aseguradoras para dilatar o negar estas citas (17.3%) o el inicio de tratamientos (16.1%) fue cercano a lo reportado por Rodríguez et al. (6) que estuvo entre 52.2% (inoportunidad) y 24.2% (demora o negación de autorizaciones), siendo nuevamente los mayores de 60 años y personas con bajo nivel educativo, los que presentan más riesgo de retrasos en la prestación de los servicios. Con una probabilidad incrementada de dilación en la asignación de citas, para personas con problemas físicos y aquellos que tardan más de 2 horas para acudir a citas, si además, no cuentan con recursos económicos suficientes, también se aumenta la probabilidad de presentar obstáculos para el inicio de tratamientos, conformándose una triple barrera, económica, sociocultural y geográfica.

Es necesario mencionar que además se está incumpliendo la normatividad nacional, al no garantizar el acceso a los servicios de salud como lo establece la Ley 1122 de 2007 (22), no tener agendas disponibles de medicina especializada como se resolvió en el Artículo 1 de la Resolución 1552 de 2013 (27), ni asegurar la entrega inmediata de medicamentos como lo indica el Artículo 5 de la Resolución 1604 de 2013 (28), y no menos importante, que se está vulnerando el derecho a la salud (Ley estatutaria 1751 de 2015 (24)), más aún si se tiene en cuenta que el cáncer es una patología de riesgo vital, en la que el tiempo es un factor que puede estar a favor si se actúa oportunamente y por el contrario los retrasos en el diagnóstico e inicio de tratamientos van en detrimento del pronóstico, calidad de

vida y supervivencia de los pacientes, es por esto que los tiempos de asignación de citas y exámenes en la población oncológica no debería ser superior a un mes, y este tiempo debería ser mucho menor para el suministro de medicamentos, quimioterapia o radioterapia.

Por otra parte, el desconocimiento de los derechos y del sistema de salud hizo más complejos los procesos, como lo reportó por Sánchez et al. (8) y se vislumbró en el hecho que las aseguradoras no suministraron transporte ni viáticos al 61.4% de pacientes, ni al 64.1% de acompañantes, adicionalmente el 59.4% de encuestados indicaron que no tenían a donde llegar, ni los medios económicos para costear hospedaje o alimentación si debían viajar a una ciudad diferente a la de su residencia para acudir a citas o exámenes, aun cuando en el literal C del Artículo 6, de la Ley estatutaria 1751 de 2015 (24), “establece que el transporte y los viáticos requeridos para asistir a los servicios de salud constituyen elementos de acceso efectivo en condiciones dignas”, gastos que deben ser asumidos por las EAPB si los pacientes cumplen con determinados requisitos, pero los pacientes no conocen este derecho y no exigen su cumplimiento. Sin embargo los anteriores datos son contradictorios, ya que según el lugar de residencia, 171 personas vivían fuera de Bogotá y 202 respondieron que no recibieron apoyo para viáticos o transporte y 224 que no tenían a donde llegar, ni los medios económicos para suplir estos gastos, por esta razón, las variables mencionadas no se tuvieron en cuenta para los análisis bivariado y multivariado.

8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente fue un estudio de base institucional y no poblacional, por tal motivo, no todos los pacientes diagnosticados con cáncer pudieron ser incluidos, esto excluyó a los que no acudieron por consulta externa o que no estaban en la base de datos de la institución porque fueron asignados a otras clínicas oncológicas y no representa a la población colombiana.

Se pudo evidenciar pobre respuesta a las encuestas enviadas por medios electrónicos, probablemente por desconfianza a suministrar datos personales por esta vía, no tener tiempo de responder encuestas o no era de su agrado responderlas y prefirieron ignorarlas, haciendo que se modificaran las técnicas de recolección de datos para el presente estudio, adicionalmente, por error en la digitación de números de identificación personal en el formato de la encuesta, no se

podieron corroborar datos en la historia clínica electrónica de la institución, e hizo que 21 de las encuestas no fueran tenidas en cuenta en el estudio, ambas situaciones prolongaron los tiempos establecidos para la finalización de la investigación.

9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La fragmentación de los servicios fue el mayor inconveniente reportado y en comparación con estudios previos ha ido en aumento, principalmente porque no se habilitan IPS especializadas e integrales, que cuenten con todos los servicios, sino que las que existen y continúan creándose, se dedican exclusivamente a prestar un servicio, solo imágenes diagnósticas, exámenes de laboratorio, o únicamente consulta médica, asociado a que su ubicación sigue siendo en áreas privilegiadas, es por esto que la primera recomendación es plantear y estimular la construcción de IPS integrales, de alta complejidad, que ofrezcan todos los servicios en un solo lugar, se encuentren ubicadas en áreas en las que aún no existan este tipo de instituciones y en las que la densidad poblacional justifique su construcción. Este estímulo puede ser la disminución de impuestos en los materiales de construcción o en los gastos de importación de los equipos médicos necesarios para dotarlas, además de ofrecer un tipo de contratación al personal de salud que asegure estabilidad laboral y económica para incentivar su incorporación a la institución. Sumado a esto, es necesario que las EAPB amplíen la contratación de servicios con instituciones que se encuentren en el área de influencia de los usuarios, para evitar traslados prolongados y costosos, bien sea con instituciones privadas o estatales.

Otro de los aspectos que continúa afectando a los pacientes y que dependen directamente de las EAPB es la tramitología, por esto es necesario simplificar los procesos, con renovación automática de las órdenes si fue la aseguradora quien se demoró en asignar una cita o examen, sin que el paciente acuda a otra consulta para que generen una nueva orden. Por otra parte, crear puntos de atención física de las EAPB en las ciudades y municipios en las que residen sus usuarios, además de fortalecer los existentes, ya que la mitad de la población no sabe usar los medios virtuales disponibles o no logran resolver sus necesidades por esta vía. Aun así, también hay que mejorar la eficiencia en la asistencia virtual y telefónica para aquellos pacientes que pueden hacer uso de estos medios y de esta forma disminuir la congestión en las oficinas físicas.

Existen mecanismos que favorecen a los adultos mayores y personas con discapacidad física, para acelerar su atención en oficinas de autorización, IPS y dispensarios de medicamentos, como son las filas o turnos preferenciales, sin embargo, por los hallazgos del presente estudio, para la asignación de citas médicas o exámenes no existe esa priorización, por esto cada EAPB debería tener

una alerta en las historias de estos grupos de pacientes vulnerables, que facilite su identificación en el sistema o por el personal administrativo y sea posible asegurar la pronta programación de consultas. Así mismo, todos los pacientes con diagnóstico de cáncer también deben tener este tipo de alertas, para asegurar la oportunidad en citas especializadas e inicio de tratamientos, que no debe ser superior a un mes desde la generación de la orden o de una semana desde la formulación.

Es importante continuar informando a los pacientes no solo sobre sus derechos y deberes, sino también de los mecanismos que están a su disposición para solicitar apoyo cuando se han visto vulnerados y asegurar que las EAPB e IPS cumplan con sus obligaciones como prestadores de atención sanitaria, así mismo orientar y hacer acompañamiento a los pacientes sobre los documentos a reunir y las oficinas a las que deben acudir para realizar esa solicitud, indicaciones que deben ser suministradas de forma clara y sencilla para que pueda ser entendida por personas de todo nivel educativo.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. Plan Decenal para el Control del Cáncer, 2012-2021. Bogotá, D.C.; 2012.
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
3. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Observatorio global de cáncer. Cáncer Today [Internet]. 2022 [citado 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>
4. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2020. Vol. 18, Anuario estadístico. Bogotá, D.C; 2021.
5. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico 2021. Bogotá, D.C.; 2022.
6. Rodríguez Hernández JM, Rodríguez Rubiano DP, Corrales Barona JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciencia e Saude Coletiva*. 6 de junio de 2015;20(6):1947–58.
7. Marin O. Yuli A., Chavez G. Blanca M. Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención de urgencias médicas. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 8 de agosto de 2013;32((1)):62–70.
8. Sánchez G V, Laza C V, Estupiñán CG, Estupiñán LG. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* Vol32(3). 28 de enero de 2014;305–13.
9. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del SGSSS. Decreto 1011 de 2006 República de Colombia; abr 3, 2006 p. 1–17.
10. Constanza De Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la Detección del Cáncer de Seno en Colombia. *Rev salud pública*. 20 de agosto de 2008;10(4):571–82.
11. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anomalías citológicas, Medellín-Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2014;13(27):194–205.
12. Instituto geográfico Agustín Codazzi, Gobierno de Colombia. Instituto Geográfico Agustín Codazzi [Internet]. 2014 [citado 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://igac.gov.co>
13. Instituto Geográfico Agustín Codazzi, Gobierno de Colombia. Colombia en mapas [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.colombiaenmapas.gov.co/>
14. Banco mundial. Países y economías [Internet]. 2021 [citado 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://datos.bancomundial.org>

15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Demografía y población [Internet]. [citado 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/>
16. Martínez FL. Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital. Fedesalud. 19 de septiembre de 2022;
17. Carlos García-Ubaque J, Quintero-Matallana CS. Barreras Geográficas y Económicas para el Acceso a los Servicios Oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá. Rev salud pública. 3 de septiembre de 2008;10(4):583–92.
18. Instituto Nacional de Cancerología, Ministerio de salud de Colombia. Boletín de servicios Oncológicos. 2019;
19. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Día mundial contra el cáncer 2022: Por unos cuidados más justos [Internet]. 2022 [citado 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-contra-cancer-2022-por-unos-cuidados-mas-justos>
20. Huertas Q JA, Rivillas-García JC, Ospina M ML. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 15 de mayo de 2015;33(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19051>
21. Naciones Unidas (UN). Naciones Unidas. [citado 27 de julio de 2022]. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
22. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ley 1122 de 2007 República de Colombia; ene 9, 2007 p. 1–18.
23. Congreso de la República de Colombia, Senado de la República. Diario Oficial No. 52204. 2022 [citado 11 de noviembre de 2022]. Constitución política de Colombia. Disponible en: <http://www.secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>
24. Congreso de la República. Ley estatutaria 1751 de 2015. Se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial No. 49.427, Ley estatutaria 1751 de 2015 República de Colombia; feb 16, 2015 p. 1–25.
25. Corte Constitucional República de Colombia. Sentencia T-259/19 de la Corte Constitucional. Cubrimiento de gastos de transporte para paciente y acompañante por EPS_ Reglas jurisprudenciales [Internet]. 2019 [citado 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2019/t-259-19.htm>
26. Ministerio de salud y protección social. Decreto 780 de 2016. Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 República de Colombia; may 6, 2016 p. 170–1.
27. Ministerio de Salud y protección Social. República de Colombia. Resolución 1552 de 2013. Se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto Ley 019 de 2012. Resolución 1552 de 2013 República de Colombia; may 14, 2013.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1604 de 2013. Se reglamenta el artículo 131 del Decreto Ley 019 de 2012. Resolución 1604 de 2013 República de Colombia; may 17, 2013 p. 1–6.

29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 DE 2018. Lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral para la detección temprana de cáncer de cuello uterino, mama, próstata, colon y recto. Resolución 3280 de 2018 República de Colombia; ago 2, 2018 p. 167–80.
30. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 229 de 2020. Lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada. Resolución 229 de 2020 República de Colombia; feb 20, 2020 p. 5–19.
31. Congreso de Colombia, República de Colombia. Ley 1384 de 2010. Acciones para la atención integral del cáncer en en Colombia. Diario oficial, Ley 1384 de 2010 República de Colombia; abr 19, 2010 p. 1–4.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0247 de 2014. Reporte para el registro de pacientes con cáncer. Resolución 0247 de 2014 República de Colombia; feb 3, 2014.
33. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 de 1993 República de Colombia; oct 4, 1993 p. 3–5.

11 ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Id	Numero de identificación	Numero identificador unico e irrepitible que identifica un documento para un individuo	Secuencia de numeros o alfanumerica de identificacion			Referido por el paciente
Edad	Edad	Edad del paciente a evaluar al momento de la encuesta	Edad en años	Cuantitativa	De razón	Referido por el/la paciente y confirmado en historia clínica
Sexo	Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Femenino = 1 Masculino = 2 Indeterminado = 3	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Régimen	Régimen de afiliación en salud	Forma de acceder al SGSSS	Contributivo = 1 Subsidiado = 2 Régimen especial = 3 No afiliado = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente y confirmado en historia clínica
EPS	Nombre de la EPS	EPS Conjunto de empresas que prestan servicios en salud	Nombre de la EPS a la que se encuentra afiliado o ninguna	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente y confirmado en historia clínica
Diag	Nombre del diagnóstico	Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad	Diagnostico resumido de la enfermedad padecida por el paciente	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente y confirmado en historia clínica

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
CIE 10	Diagnóstico (CIE 10)	Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición	Diagnóstico CIE10 en código alfanumérico y nombre	Cualitativa	Nominal	Referido por el paciente y confirmado en historia clínica
Religión	Religión	Conjunto de creencias, costumbres o dogmas acerca de la divinidad.	Nombre de la religión a la que pertenece o ninguna	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Etnia	Pertenencia étnica	Comunidad humana que comparte un conjunto de rasgos de tipo sociocultural, al igual que afinidades raciales	Nombre de la etnia a la que pertenece o ninguna	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Resid	Población, ciudad o municipio y departamento de residencia actual	Nombre de población, ciudad o municipio y departamento donde reside actualmente	Nombre de población, ciudad o municipio y departamento donde reside actualmente	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Área	Área de residencia	Rural persona que viven en los campos, alejada de la metrópolis. Urbano es aquella que vive en ciudades	Urbano = 1 Rural = 2	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Educa	Nivel educativo	Último nivel escolar aprobado	Ninguno = 0 Primaria = 1 Bachillerato = 2 Técnico = 3 Profesional = 4 Postgrado = 5	Cualitativa	Ordinal	Referido por el/la paciente
Ocup	Ocupación	Trabajo, empleo, oficio, para su sustento económico	Nombre de la actividad que realiza	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Est_Civ	Estado civil	Situación jurídica de una persona tanto en la familia como en la sociedad	Soltero = 0 Casado = 1 Unión Libre = 2 Separado = 3 Viudo = 4	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Apoyo	¿Cuenta con apoyo o acompañamiento de familiar/amigo en este proceso?	Elemento importante para el bienestar del individuo, para enfrentar situaciones difíciles y satisfacer diversas necesidades.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Parent	Parentesco	Vínculo que une a las personas que descienden unas de otras o que tienen un ascendiente común, esto es, que se hallan unidas por una comunidad de sangre	Hijos = 1 Esposo/a = 2 Hermano/a = 3 Tio/a = 4 Amigo/a = 5	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_1	¿Han dejado de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)?	Negación en la asignación de un servicio de salud personalizado	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_2	¿Han dejado de tomar los exámenes que ordenó su médico por múltiples excusas de su asegurador (EPS)?	Negación en la asignación de un servicio fundamental de salud personalizado	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_3	¿Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere?	Demoras en el conjunto de medios utilizados para aliviar o curar la enfermedad.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_4	¿Ha tenido que cambiar de asegurador (EPS), por motivos diferentes a su propia elección?	Cierre o liquidación de la EAPB por problemas legales o económicos, y los afiliados deben ser reubicados	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_5	¿Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes?	Autorización: orden emitida por el asegurador del usuario para que se le preste un servicio de salud	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Adm_6	¿Su aseguradora (EPS) tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive?	Punto de atención: encargado de facilitar servicios de información, trámite de documentos, asesoramiento y apoyo	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_7	¿Su asegurador (EPS) le suministra transporte o viáticos si le asignaron una cita médica o exámenes en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive?	Transporte: acto y/o procedimiento de trasladar, desplazar y comunicar de un lugar a otro. Viáticos: provisiones o dinero que se le da a una persona para realizar un viaje	Si = 1 No = 0 No aplica	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_8	¿Su asegurador (EPS) le suministra transporte o viáticos a su acompañante si le asignan una cita médica en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive?	Acompañante: persona que está para apoyar y acompañar a las personas que lo requieren.	Si = 1 No = 0 No aplica	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_9	¿Le realizaron todos los estudios y lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución?	Estudios: establece la seriedad del problema y confirma el diagnóstico. Atención con especialista: médico capacitado para tratar problemas de salud específicos o un grupo específico de personas. IPS: Entidades oficiales, mixtas privadas, comunitarias y solidarias organizadas para prestar servicios de salud a los afiliados del SGSSS	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_10	¿A cuántas instituciones diferentes debió acudir para la realización de exámenes, imágenes y citas médicas especializadas?	IPS: Entidades oficiales, mixtas privadas, comunitarias y solidarias organizadas para prestar servicios de salud a los afiliados del SGSSS.	Número de Instituciones 1 institución 2-3 instituciones 4-6 instituciones 7 o más instituciones	Cualitativa	Ordinal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Adm_1 1	¿Cuanto tiempo transcurrió hasta que le asignaron cita con el especialista para valoración de su patología actual?	Tiempo transcurrido: Intervalo de tiempo desde el inicio de una actividad, hasta su final. Atención con especialista: médico capacitado para tratar problemas de salud específicos o un grupo específico de personas.	Tiempo en meses Menos de 1 mes Menos de 3 meses Menos de 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_1 2	¿Cuanto tiempo transcurrió hasta que le asignaron cita para la realización de exámenes especializados?	Tiempo transcurrido: Intervalo de tiempo desde el inicio de una actividad, hasta su final. Exámenes especializados: Tipo de prueba que se usa para ayudar a diagnosticar una enfermedad o afección	Tiempo en meses Menos de 1 mes Menos de 3 meses Menos de 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_1 3	¿Cuanto tiempo transcurrió hasta la realización de cirugía?	Tiempo transcurrido: Intervalo de tiempo desde el inicio de una actividad, hasta su final. Cirugía: Procedimiento para extirpar o reparar una parte del cuerpo, o para determinar si hay una enfermedad.	Tiempo en meses No aplica Menos de 1 mes Menos de 3 meses Menos de 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Adm_1 4	¿Cuanto tiempo transcurrió para el inicio de quimioterapia/radioterapia?	Tiempo transcurrido: Intervalo de tiempo desde el inicio de una actividad, hasta su final. Quimioterapia: Tratamiento con medicamentos para interrumpir la formación de células cancerosas, ya sea mediante su destrucción o al impedir su multiplicación. Radioterapia: Uso de radiación de energía alta de rayos X, rayos gamma, neutrones, protones y otras fuentes para destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores	Tiempo en meses No aplica Menos de 1 mes Menos de 3 meses Menos de 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Sc_Geo_1	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió consultar al médico?	<p>Creencias culturales: conjunto de ideas que generan comportamientos concretos y atribuyen significado y valores a determinadas cosas.</p> <p>Creencias religiosas: ideas consideradas verdaderas por quienes profesan una determinada religión.</p> <p>Exámenes: pruebas o procedimientos que permiten identificar afecciones de salud anticipadamente.</p> <p>Tratamiento: conjunto de medios cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas.</p> <p>Familiares: nexo emocional y/o sanguíneo entre personas.</p> <p>Amigos: relación afectiva entre dos personas</p>	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_2	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió realizar los exámenes ordenados?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_3	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió recibir el tratamiento indicado?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_4	¿Alguno de sus familiares o amigos le sugirió que era mejor no hacerse el tratamiento, examen o consulta?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_5	¿Tenía miedo del diagnóstico?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_6	¿Tenía miedo al tratamiento?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_7	¿Prefirió realizar tratamientos no convencionales?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Sc_Geo_8	¿Dio poca importancia a los síntomas cuando inició su actual enfermedad?	Desinterés frente a la manifestación de alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_9	¿Es necesario que alguien lo lleve a las citas, pero no tiene quien lo acompañe?	Carecer de un elemento importante para el bienestar del individuo, quien apoya a enfrentar situaciones difíciles y satisfacer diversas necesidades.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_10	¿Tiene problemas físicos que limitan su movilidad y traslados (por enfermedad actual o por otra causa)?	Problemas que afectan a una estructura o función corporal, limitaciones en la actividad y restricciones para moverse con la plena funcionalidad de su sistema motriz.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_11	¿Cuenta con los medios económicos para costear los gastos de los traslados a citas y exámenes?	Medios económicos son los medios materiales que permiten satisfacer ciertas necesidades. Citas: encuentro que tiene un paciente con un médico para tratarse una dolencia o enfermedad. Exámenes: pruebas o procedimientos que permiten identificar afecciones de salud anticipadamente.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_12	¿Tiene a donde llegar (casa de familiar o amigo) o los medios económicos para pagar su hospedaje, cuando le asignan una cita médica o examen en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive?	Hospedaje: alojamiento temporal y asistencial que se suministra a una persona.	Si = 1 No = 0 No aplica	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Sc_Geo_13	¿Le es imposible acudir a las citas porque no le dan permiso en el trabajo?	Dificultad para dar cumplimiento al encuentro entre paciente y médico para tratar una dolencia o enfermedad, por situación ajena a su voluntad.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_14	¿Le es imposible acudir a las citas porque es cuidador de adulto mayor/ menor de edad/ persona con discapacidad y no tiene con quien dejarlo?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_15	¿Tiene otros inconvenientes personales que prefiere no mencionar para el acceso a los servicios de salud?		Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_16	¿Sabe usar los medios virtuales (internet) para solicitar citas, autorizaciones o descargar exámenes?	Los medios virtuales son herramientas útiles para concretar reuniones, citas, gestión de documentos entre otros.	Si = 1 No = 0	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_17	Seleccione la disponibilidad de los medios con que cuenta: En casa tiene acceso a: teléfono fijo, celular, internet, ninguno	Posibilidad de usar herramientas cuando se necesitan. Citas: encuentro que tiene un paciente con un médico para tratarse una dolencia o enfermedad. Exámenes: pruebas o procedimientos	Teléfono fijo Celular Internet Ninguno	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Código	Variable	Definición Conceptual	Resultado	Naturaleza	Nivel	Observación
Sc_Geo_18	¿Qué canales de atención tiene a su disposición su asegurador (EPS) para solicitar citas, exámenes o autorizaciones? (oficina virtual, física, vía telefónica)	que permiten identificar afecciones de salud anticipadamente.	Oficina física Vía telefónica Oficina virtual Ninguno	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_19	¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta el centro de atención en salud más cercano? (Clínica, hospital, dispensario, centro médico...)	Intervalo de tiempo desde el inicio de una actividad (salida de vivienda), hasta su final centro de atención).	Tiempo en horas Menos de 1 hora Menos de 2 horas Menos de 3 horas Más de 3 horas	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_20	¿Cuántos transportes debe tomar para llegar a citas médicas, toma de laboratorios o imágenes diagnósticas?	Número de vehículos o medios usados para trasladarse de un lugar a otro.	Número de transportes 0 1 2 3 o más	Cualitativa	Ordinal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_21	¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta los sitios donde su asegurador (EPS) lo envía a citas y exámenes?	Tiempo de desplazamiento: período determinado en el que se realiza una acción para trasladarse de un lado a otro.	Tiempo en horas: Menos de 1 hora Menos de 2 horas Menos de 3 horas Más de 3 horas	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente
Sc_Geo_22	¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta los puntos de autorización de su asegurador (EPS)?	Tiempo de desplazamiento: período determinado en el que se realiza una acción para trasladarse de un lado a otro.	Tiempo en horas: Menos de 1 hora Menos de 2 horas Menos de 3 horas Más de 3 horas	Cualitativa	Nominal	Referido por el/la paciente

Anexo 2. Formato físico de encuesta

BARRERAS DE ATENCIÓN EN SALUD QUE ENFRENTAN ADULTOS CON CÁNCER, BOGOTÁ COLOMBIA

La presente investigación tiene como objetivo identificar las barreras de acceso para la prestación de servicios de salud a pacientes adultos con diagnóstico de cáncer. Esta investigación se clasifica sin riesgo de acuerdo a lo establecido en el **artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993**, y sus datos personales sólo serán usados con fines académicos. La participación en el estudio es libre y voluntaria, no le va a garantizar beneficios, ni le va a generar inconvenientes con su asegurador. Sus respuestas contribuirán a la investigación y creación de acciones que mejoren la oportunidad y calidad en la atención en salud a pacientes con Cáncer. Entendiendo lo anterior, autoriza y accede a responder la siguiente encuesta.

NºIdentificación		Diagnóstico (CIE 10)			
Edad	Sexo	Masculino	Femenino	Religión	
Etnia	Lugar de procedencia			Urbano	Rural
Nivel educativo	Primaria	Secundaria	Técnica	Profesional	Ninguna
Ocupación	Estado civil	Soltera/o	Casada/o	Union libre	Separada/o
¿Cuenta con apoyo o acompañamiento de familiar/amigo en este proceso?		SI	NO	¿Quién?	

ADMINISTRATIVOS	A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RESPONDA SI O NO		SI	NO	OBSERVACIONES			
	¿Han dejado de asignar citas médicas por múltiples excusas de su asegurador (EPS)?							
	¿Han dejado de tomar los exámenes que ordenó su médico por múltiples excusas de su asegurador (EPS)?							
	¿Su aseguradora (EPS) le ha puesto múltiples obstáculos para iniciar el tratamiento que requiere?							
	¿Ha tenido que cambiar de asegurador (EPS), por motivos diferentes a su propia elección?							
	¿Debió renovar las autorizaciones médicas por demoras en la asignación de citas o exámenes?							
	¿Su aseguradora (EPS) tiene puntos de atención para autorizar órdenes médicas, en la ciudad donde vive?							
	¿Su aseguradora (EPS) le suministra transporte o viáticos si le asignaron una cita médica o exámenes en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? (Si no aplica escribir N/A en las casillas)							
	¿Su aseguradora (EPS) le suministra transporte o viáticos a su acompañante si le asignan una cita médica en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? (Si no aplica escribir N/A en las casillas)							
	¿Le realizaron todos los estudios y lo atendieron los médicos especialistas en la misma institución?							
¿A cuantas instituciones diferentes debió acudir para la realización de exámenes, imágenes y citas médicas especializadas?	1		2-3		4-6		7 o Más	
RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE ACUERDO AL TIEMPO TRANSCURRIDO		Menos de 1 Mes	Menos de 3 Meses	Menos de 6 Meses	Más de 6 Meses			
¿Cuánto tiempo transcurrió hasta que le asignaron cita con el especialista para valoración de su patología actual?								
Cita para la realización de exámenes especializados								
Fecha para realización de cirugía (Si no aplica escribir N/A en las casillas)								
Inicio de Quimioterapia/Radioterapia (Si no aplica escribir N/A en las casillas)								

DIAGNOSTICO MÉDICO	¿A qué institución consultó por primera vez, cuando iniciaron los síntomas de su enfermedad actual?	Farmacia/droguería		Centro de salud		Clínica/Hospital	
	¿Cuántas veces consultó por el mismo síntoma en referencia a su enfermedad actual?	1 Vez		2 a 3 Veces		4 a 6 Veces	7 o más Veces
	¿A cuantas Instituciones debió consultar por los síntomas de su enfermedad actual?	1		2 a 3		4 a 6	7 o más
	A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RESPONDA SI O NO	SI	NO	OBSERVACIONES			
	¿Consultó muchas veces por sus síntomas actuales y no hicieron estudios?						
	¿Hicieron muchos estudios y no llegaban a un diagnóstico?						

SOCIOCULTURALES Y GEOGRÁFICAS	A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS RESPONDA SI O NO	SI	NO	OBSERVACIONES				
	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió consultar al médico?							
	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió realizar los exámenes ordenados?							
	¿Alguna de sus creencias culturales o religiosas le impidió recibir el tratamiento indicado?							
	¿Alguno de sus familiares o amigos le sugirió que era mejor no hacerse el tratamiento, examen o consulta?							
	¿Tenía miedo del diagnóstico?							
	¿Tenía miedo al tratamiento?							
	¿Prefirió realizar tratamientos no convencionales? Acupuntura, medicina natural, rezo etc.							
	¿Dio poca importancia a los síntomas cuando inició su actual enfermedad?							
	¿Es necesario que alguien lo lleve a las citas, pero no tiene quien lo acompañe?							
	¿Tiene problemas físicos que limitan su movilidad y traslados (por enfermedad actual o por otra causa)?							
	¿Cuenta con los medios económicos para costear los gastos de los traslados a citas y exámenes?							
	¿Tiene a donde llegar (casa de familiar o amigo) o los medios económicos para pagar su hospedaje, cuando le asignan una cita médica o examen en una ciudad diferente a la ciudad en la que vive? (Si no aplica escribir N/A en las casillas)							
	¿Le es imposible acudir a las citas porque no le dan permiso en el trabajo?							
	¿Le es imposible acudir a las citas porque es cuidador de adulto mayor/ menor de edad/ persona con discapacidad y no tiene con quien dejarlo?							
	¿Tiene otros inconvenientes personales que prefiere no mencionar para el acceso a los servicios de salud?							
	¿Sabe usar los medios virtuales (internet) para solicitar citas, autorizaciones o descargar exámenes?							
	EN LAS 2 SIGUIENTES PREGUNTAS SELECCIONE LA CASILLA SOLO SI TIENE DISPONIBLE ESTOS MEDIOS							
	¿En su casa tiene acceso a ?	Teléfono Fijo		Celular		Internet		
	¿Qué canales de atención tiene a su disposición su asegurador (EPS) para solicitar citas, exámenes o autorizaciones?	Oficina física		Vía telefónica		Oficina virtual		
¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta el centro de atención en salud más cercano? (Clínica, hospital, dispensario, centro médico...)	Menos de 1 hora		Menos de 2 horas		Menos de 3 horas		Más de 3 horas	
¿Cuántos transportes debe tomar para llegar a citas médicas, toma de laboratorios o imágenes diagnósticas?	Ninguno		1		2		3 o más	
¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta los sitios donde su aseguradora (EPS) lo envía a citas y exámenes?	Menos de 1 hora		Menos de 2 horas		Menos de 3 horas		Más de 3 horas	
¿Cuánto tiempo demora en trasladarse desde su vivienda hasta los puntos de autorización de su aseguradora (EPS)?	Menos de 1 hora		Menos de 2 horas		Menos de 3 horas		Más de 3 horas	

Gracias por sus respuestas, con su colaboración esperamos poder tener la suficiente información para generar nuevas investigaciones y un cambio en los procesos de atención en salud.

Anexo 3. Aval comité de ética clínica San Diego

Centro de Investigaciones Oncológicas
Clínica San Diego SAS.



AVAL-024-2021

Bogotá D.C., Octubre 19 del 2021

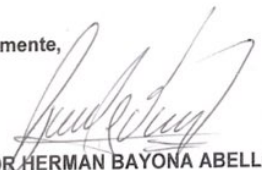
Doctora
Diana Patricia Amador Forigua
Medico Hospitalario
CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOSAD
S.A.S

Respetada Doctora

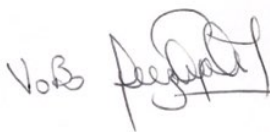
Muy comedidamente me permito informarle que el Comité de Ética del CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S, en sesión del día 19 de Octubre del 2021, en acta 067, se permite dar aval correspondiente al proyecto titulado "Barreras de atención en salud que enfrentan adultos con Cáncer, Bogotá Colombia," para ser realizado con pacientes de la clínica.

Es importante resaltar que el Comité de Ética del CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOSAD S.A.S, es un órgano asesor, en los aspectos de la dimensión ética y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo.

Cordialmente,


DOCTOR HERMAN BAYONA ABELLO
PRESIDENTE COMITÉ DE ÉTICA.

CENTRO DE INVESTIGACIONES ONCOLOGICAS CLINICA SAN DIEGO CIOSAD
S.A.S



• Av. Calle 33 No. 14-37 Teusaquillo-Bogotá
Línea de atención: 3208400 ext. 100

• info@ciosad.com.co
www.ciosad.com.co