

**CONDICIONES DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS  
AMBULATORIOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA AFILIADAS  
A UNA EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO -  
REGIONAL CALI - 2019.**

**ANGELA PATRICIA CHICAIZA DAZA, MD. EAS.**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2021**

**CONDICIONES DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS  
AMBULATORIOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA AFILIADAS  
A UNA EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO -  
REGIONAL CALI - 2019.**

**ANGELA PATRICIA CHICAIZA DAZA, MD. EAS**

**Trabajo de investigación para optar por el título de  
Magister en Administración en Salud**

.

**Director:  
MARIA FERNANDA TOBAR BLANDÓN  
Docente Universidad del Valle**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE  
FACULTAD DE SALUD - ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2021**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

Presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Fecha \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por la vida y el espíritu.

A mi abuela Marina Lopez (Q.E.P.D.) por la inspiración.

A mi esposo por su apoyo.

A mi hijo por el tiempo prestado durante la investigación.

Un especial agradecimiento a mi directora por creer en mí y guiarme para culminar este proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	12
<b>ABSTRACT</b>	13
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	14
<b>2. ESTADO DEL ARTE</b>	18
<b>3. MARCO DE REFERENCIA</b>	23
<b>3.1 MARCO TEÓRICO</b>	23
<b>3.2 MARCO CONCEPTUAL</b>	27
<b>3.3 MARCO NORMATIVO</b>	28
<b>3.4 MARCO CONTEXTUAL</b>	32
<b>3.4.1 Atención integral del cáncer de mama</b>	32
<b>3.4.2 Accesibilidad a los servicios de salud</b>	44
<b>3.4.3 Modelo atención de la EAPB</b>	46
<b>4.OBJETIVOS</b>	48
<b>4.1 Objetivo General</b>	48
<b>4.2 Objetivos Específicos</b>	48
<b>5. METODOLOGÍA</b>	49
<b>5.1 Tipo de estudio</b>	49
<b>5.2 Área de estudio</b>	49
<b>5.3 Población y muestra</b>	49
5.3.1 Población de estudio	49
5.3.2 Muestra	49
<b>5.4 Variables</b>	51
<b>5.5 Recolección de información</b>	54
<b>5.6 Plan de análisis</b>	57
<b>6. CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	58
<b>7. RESULTADOS</b>	61
<b>7.1 Resultados del objetivo específico 1</b>	61
<b>7.2 Resultados del objetivo específico 2</b>	66
<b>7.2.1 Análisis un variado</b>	67
7.2.1.1 Condiciones Organizacionales	67
7.2.1.2 Condiciones Geográficas	70
7.2.1.3 Condiciones Económicas	72
<b>7.2.2 Analisis bivariado</b>	74
<b>7.3 Resultados del objetivo específico 3</b>	76
<b>8. DISCUSION</b>	80

<b>9. APORTES AL CAMPO DE LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD</b>	89
<b>10. CONCLUSIONES</b>	90
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	93
<b>12. LIMITACIONES</b>	94
<b>13. BIBLIOGRAFÍA</b>	95
<b>ANEXOS</b>	106

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Medicamentos oncológicos ambulatorios más utilizados en tratamiento del cáncer de mama.....	43
Tabla 2. Medicamentos de mayor frecuencia de uso entre las pacientes encuestada con su precio máximo de venta .....	44
Tabla 3. Operacionalización de variables de condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama de una EAPB.....	51
Tabla 4. Descripción de la variable régimen de afiliación de la EAPB .....	62
Tabla 5. Descripción de la variable rango de índice de base de cotización – IBC según afiliación.....	62
Tabla 6. Descripción de la variable municipio de residencia.....	62
Tabla 7. Descripción del variables estado de afiliación .....	63
Tabla 8. Resultados del proceso operativo estandarizado de la llamada telefónica para la aplicación de la encuesta.....	64
Tabla 9. Descripción de la variable estado de salud percibido .....	66
Tabla 10. Descripción de la variable IPS oncológica de atención .....	67
Tabla 11. Descripción de la variable tiempo de autorización de la consulta oncológica..	67
Tabla 12. Descripción de la variable tiempo de programación de la consulta oncológica	67
Tabla 13. Tiempo de autorización de medicamento oncológico.....	68
Tabla 14. Descripción de la variable farmacias de medicamentos oncológicos ambulatorios .....	69
Tabla 15. Descripción de la variable tiempos de espera en la farmacia para reclamar el medicamento .....	69
Tabla 16. Descripción del conocimiento del proceso administrativo de autorización de la EAPB de medicamento oncológico.....	70
Tabla 17. Descripción de la variable medio de transporte para asistir a los servicios de salud .....	70
Tabla 18. Descripción de la variable tiempo de distancia entre el lugar de residencia y la IPS oncológica.....	70
Tabla 19. Distribución de tiempo de distancia entre lugar de residencia y la farmacia....	71
Tabla 20. Descripción de la variable mecanismos de entrega del medicamento oncológico .....	71
Tabla 21. Descripción de la variable pago de cuota moderadora por medicamentos .....	72
Tabla 22. Descripción de la variable gasto por medicamentos oncológicos.....	72
Tabla 23. Descripción de la variable valor pagado mensual por medicamentos oncológicos.....	72

Tabla 24. Descripción de la variable número de veces que asumió la compra del medicamento oncológico.....	73
Tabla 25. Descripción de gasto en transporte para obtener los medicamentos oncológicos .....	73
Tabla 26. Descripción de la variable valor de gasto en transporte para obtener los medicamentos oncológicos .....	73
Tabla 27. Frecuencias de edad vs régimen de afiliación.....	74
Tabla 28. Frecuencias de estado de salud percibido vs régimen de afiliación.....	74
Tabla 29. Frecuencias Observadas Nivel de Escolaridad Vs régimen de afiliación .....	75
Tabla 30. Resultados chi cuadrado $X^2$ .....	76
Tabla 31. Descripción de la variable relación con el médico tratante.....	76
Tabla 32. Descripción de la variable atención recibida por la EAPB .....	77
Tabla 33. Descripción de la variable atención recibida en la farmacia.....	77
Tabla 34. Descripción de la variable información recibida del tratamiento del cáncer de mama .....	77
Tabla 35. Descripción de la variable percepción general del tratamiento oncológico.....	78
Tabla 36. Descripción de la variable dificultades percibidas durante el tratamiento oncológico .....	78
Tabla 37. Descripción de la categoría otros .....	79



## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad.....	23
Gráfica 2. Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk.....	24
Gráfica 3. Modelo de utilización de servicios de salud. Tomado de Andersen y Aday.....	25
Grafica 4. Modelo para el control del cáncer .....	30
Gráfica 5. Cobertura del sistema de salud en el marco de la Ley Estatutaria .....	32
Gráfica 6. Anatomía de la glándula mamaria normal.....	33
Gráfica 7. Algoritmo de manejo del carcinoma ductal in situ.....	38
Gráfica 8. Algoritmo de manejo de Cáncer de mama temprano y localmente avanzado.....	38
Gráfica 9. Algoritmo de manejo del Cáncer de mama metastásico o recurrente .....	41
Gráfica 10. Distribución de la variable edad .....	61
Grafica 11. Distribucion según estadio clinico de la enfermedad .....	63
Grafica 12. Distribución de la variable nivel de escolaridad.....	65
Grafica 13. Distribución de la variable estrato socioeconómico .....	65
Grafica 14. Distribución de la variable planes adicionales en salud .....	66
Grafica 15. Distribución de la variable medicamento oncológico prescrito .....	68

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado .....	106
Anexo 2. Encuesta para pacientes .....	108

## **ACRONIMOS**

**GLOBOCAN:** Observatorio global de cáncer.

**OPS:** Organización panamericana de la salud.

**INS:** Instituto nacional de salud.

**UPC:** unidad de pago por capitación.

**PQR:** peticiones, quejas, reclamos y denuncias.

**NO POS:** No incluido en el plan obligatorio de salud.

**MIPRES:** Mi prescripción

**EAPB:** Empresa administradora de planes de beneficios

**IPS:** Institución prestadora de servicios

**CAC:** Cuenta de alto costo

**CIREH:** Comité institucional de revisión de ética humana

**IBC:** Rango índice base de cotización

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de mama presenta una tasa de incidencia de 63.9 casos por 100.000 mujeres mayores de 15 años, es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, ocupa el primer lugar entre los tumores malignos más frecuentes en la población total de Colombia y a nivel local, la EAPB en estudio presento una de las mayores tasas de incidencia de cáncer, frente a la incidencia para el país. El tratamiento óptimo del cáncer de mama está dirigido a lograr el control local y evitar la metástasis, pero hay incremento del reporte de quejas por barreras de accesibilidad a los servicios de salud pese a la garantía del derecho a la salud. El cáncer es una enfermedad que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar su desenlace, se enfrenta con una creciente oferta de innovación biotecnológica, alta demanda de tratamientos con medicamentos oncológicos de alto costo por tiempo prolongado, siendo imperativo conocer las condiciones reales de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en mujeres con cáncer de mama, en el contexto de una EAPB con una de las trayectorias en el aseguramiento, más antigua en el marco del sistema general de seguridad social en salud. **Objetivo:** Determinar las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una empresa administradora de planes de beneficios de la regional Cali, en el año 2019. **Metodología:** Estudio cuantitativo, diseño observacional descriptivo, de corte transversal, realizado con una muestra de 271 pacientes, seleccionadas por muestreo aleatorio simple, de la base de datos de pacientes con cáncer de mama que fue reportada por una EAPB regional Cali a la Cuenta de Alto Costo-CAC. **Resultados:** El 52% de las pacientes presentaron edades entre 51 a 70 años, el 97% pertenecieron al régimen contributivo, el 81% de las pacientes gozan de una buena salud y el 78% han cursado una educación de bachillerato en adelante, el régimen de afiliación no depende de variables como edad, estado de salud percibido y nivel de escolaridad, resultado del cruce de variables, finalmente la percepción frente a la atención e información recibida durante el tratamiento fue calificada como buena.

**Palabras Claves:** Accesibilidad, cáncer de mama, servicios de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer has an incidence rate of 63.9 cases per 100,000 women over 15 years of age, it is the first cause of death from cancer in women, it occupies the first place among the most frequent malignant tumors in the total population of Colombia. At the local level, the EAPB under study presented one of the highest cancer incidence rates, compared to the incidence for the country. The optimal treatment of breast cancer is aimed at achieving local control and avoiding metastasis, but there is an increase in the report of complaints due to accessibility barriers to health services despite the guarantee of the right to health. Cancer is a disease that requires timely diagnosis and treatment to improve its outcome, it faces a growing supply of biotechnological innovation, high demand for treatments with high-cost cancer drugs for a long time, being imperative to know the real conditions of access to outpatient cancer drugs in women with breast cancer, in the context of an EAPB with one of the oldest careers in insurance within the framework of the general health social security system. **Objective:** To determine the conditions of access to outpatient oncological drugs in patients with breast cancer affiliated to a company that administers benefits plans of the regional Cali, in 2019. **Methodology:** Quantitative study, descriptive, cross-sectional observational design, carried out with a sample of 271 patients, selected by simple random sampling, from the database of patients with breast cancer that was reported by a regional EAPB Cali to the Cuenta Alto Costo-CAC. **Results:** 52% of the patients were between 51 and 70 years old, 97% belonged to the contributory scheme, 81% of the patients are in good health and 78% have completed a high school education onwards, the affiliation scheme It does not depend on variables such as age, perceived health status and level of education, as a result of crossing variables. Finally, the perception of the care and information received during the treatment was rated as good.

**Key words:** Accessibility, breast cancer, health services.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el Observatorio Global de Cáncer - GLOBOCAN, el cáncer de mama representó a nivel mundial el 24.2 %, de los casos nuevos de cáncer femenino para el año 2018, muy por encima de las cifras de cáncer colorrectal con 9.5%, cáncer de pulmón con 8.4 % y del cáncer de cérvix con el 6.6%. De acuerdo con las proyecciones, el número de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en la región de las Américas aumentará en un 46% para el 2030 (1), la Organización Panamericana de la Salud – OPS, ratifica que este tipo de cáncer es el más común en esta región, donde 462.000 mujeres son diagnosticadas y casi 100.000 mueren a causa de esta enfermedad (2).

En Colombia, el Instituto Nacional de Salud - INS afirma que el cáncer de mama es el principal cáncer del país, con tasa de incidencia de 63.9 casos por 100.000 mujeres mayores de 15 años y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, con una tasa de 17.2 muertes por 100.000 habitantes; siendo el cáncer de mama una enfermedad frecuente y con alta mortalidad (3).

La Cuenta de Alto Costo -CAC indica que el cáncer de mama ocupó el primer lugar entre los tumores malignos más frecuentes en la población total de Colombia, con tasa de incidencia de 24.2 por 100.000 mujeres, prevalencia de 236.9 por 100.000 mujeres, y mortalidad de 10 por 100.000 mujeres, para el periodo comprendido entre el 2 de enero de 2017 a 1° de enero de 2018 (4).

En el municipio de Santiago de Cali, la tasa de incidencia de cáncer de mama ajustada por edad en mujeres, para el periodo de 2012 a 2016, fue de 43.4 por 100.000 habitantes (5), y la tasa de mortalidad de 23.03 por 100.000 habitantes para el año 2018 (6). El Registro Poblacional de Cáncer de Santiago de Cali, estimó 3250 casos nuevos de cáncer para el año 2019, donde la mayor cifra 754 casos sería atribuible al cáncer de mama (7).

La Empresa Administradora de planes de beneficios - EAPB en estudio de acuerdo con sus análisis basados en la CAC en el año 2018, presento una de las mayores tasas de incidencia

de cáncer 127.9 por 100.000 afiliados, frente a una incidencia para el país de 67.2, lo mismo ocurre con la tasa de prevalencia de 1.092 por 100.000 afiliados, frente a una prevalencia para el país de 410 (8).

El cáncer de mama pese a ser una enfermedad con las mayores tasas de incidencia y prevalencia tiene una baja mortalidad y es curable, si su tratamiento se realiza en etapas precoces de la enfermedad (9).

El tratamiento óptimo del cáncer de mama está dirigido a lograr el control local y evitar la metástasis, para ello debe acceder a tratamientos multidisciplinarios que implican entre otros terapia neoadyuvante, terapia adyuvante hormonal o biológica que requieren el uso de medicamentos ambulatorios, para favorecer la reducción del tumor primario antes de llevar a cirugía, controlar posibles focos ocultos de lesiones metastásicas y evitar propagación reaparición de la enfermedad, que impactan en supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global (10).

A pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, las mujeres con cáncer de mama enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad (11); si bien Colombia ha alcanzado el 95.97% de aseguramiento en salud para la población (12), y ha establecido la salud como un derecho fundamental a través de la Ley Estatutaria de Salud (13), esto no ha logrado garantizar el acceso a los servicios de salud; la Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud, informe que para el año 2019 recibió 752.987 peticiones, quejas y reclamos-PQR, siendo el principal motivo no poder acceder a los servicios de salud, donde 83.838 PQS corresponden a la falta de oportuna en la entrega de medicamentos (14).

La Defensoría del Pueblo revela que durante el año 2018 en el país, la vulneración al derecho fundamental a la salud se ubicó en segundo lugar con 34.21 % del total de tutelas instauradas, las solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud se presentaron por tratamientos 24.93 % y medicamentos 16.33%; el diagnóstico más frecuente en las tutela fue tumores/neoplasia

con el 11.75% y en esta categoría el cáncer de mama es el más frecuente con 10.93%; el Valle del Cauca ocupó el tercer lugar con el mayor número de tutelas en el país con 7.6 %, siendo el derecho a la salud el más invocado; a nivel local en Santiago de Cali se presentaron el 57,7 % de las tutelas del departamento (15).

Las EAPB son las garantes de la atención en salud de la población en Colombia, sin embargo, los informes de las cifras de vulneración al derecho a la salud por estas instituciones se convierten en una de las mayores problemáticas que existe en el sistema de salud. La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI, agremiación de aseguradoras más grande del país, reporta que el gasto es creciente, consecuencia del aumento a la demanda y costos de los servicios No POS, los cuales representan cerca del 27% del total del gasto médico, asumido inicialmente por la EAPB, para luego ser recobrado a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, no obstante, buena parte de éste, no se reconoce en su totalidad ni oportunamente, lo que provoca carteras acumuladas que impactan en la prestación de los servicios (16). La EAPB de este estudio, es una entidad con las de 25 años de existencia en el país y es una de las 6 aseguradoras con mayor población afiliada de régimen contributivo y en los últimos años ha integrado la afiliación de régimen subsidiado (17); su cobertura de operación es a nivel nacional y concentra una de las mayores cifras de afiliados en la regional Cali.

La EAPB en el año 2018, registro atenciones farmacéuticas de medicamentos equivalente al 24% del costo total de operación, de los cuales el 28% corresponde a las atenciones a través de operadores de medicamentos ambulatorios, con un incremento en el uso de medicamentos oncológicos (18). En el tratamiento del cáncer de mama los medicamentos más utilizados corresponden a terapia hormonal y antiHER2 (4), los cuales tienen la característica de ser suministrados en el ámbito ambulatorio, ser medicamentos de alto costo y una duración de tratamiento prolongado en la terapia adyuvante entre 1 año a 5 años (10).

Con las cifras crecientes de incidencia y mortalidad del cáncer de mama en el país y a nivel local; incremento del reporte de quejas por barreras de accesibilidad a los servicios de salud pese a la garantía del derecho a la salud y un marco normativo amplio cambiante, sumado a



una patología que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar su desenlace y con una creciente oferta de innovación biotecnológica y una alta demanda de tratamientos con medicamentos oncológicos de alto costo por tiempo prolongado, es imperativo conocer bajo este contexto, las condiciones reales de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en mujeres con cáncer de mama, en el contexto de una EAPB con una de las trayectorias en el aseguramiento, más antigua en el marco del sistema general de seguridad social en salud. Lo anterior dio lugar a formular la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una empresa administradora de planes de beneficio-EAPB de la regional Cali, en el año 2019?

El estudio permitió conocer las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EAPB con sede para la regional Cali para el año 2019, así mismo que condiciones de acceso del orden organizacional, geográfico y económico están presentes en esta población y finalmente permitió conocer las percepciones acerca de la atención brindada por la EAPB frente al tratamiento del cáncer, puesto que se conocen las dificultades y barreras de la atención a través de diferentes mecanismos de control y seguimiento, pero no se contaba con evidencia desde la perspectiva de las pacientes acerca del acceso específicamente a los medicamentos oncológicos en las pacientes con cáncer de mama.

## 2. ESTADO DEL ARTE

Existen estudios que han centrado su interés en la descripción y análisis de la situación del acceso a los servicios de salud, en el continente americano se encuentra un estudio realizado en Campina Grande, Paraíba, Brasil (19), que evaluó bajo la óptica del usuario, la accesibilidad a la atención primaria en salud, dejando en evidencia que los indicadores de accesibilidad socio-organizacional no se cumplen y que esto repercute significativamente en la percepción del usuario acerca de la calidad y la utilización del servicio.

El acceso a servicio de salud se puede estudiar desde diferentes perspectivas, pero toma importancia la perspectiva del usuario quien se desplaza y vivencia el funcionamiento del sistema de salud de su país, en Perú (20) fue utilizada la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud, como fuente de información para obtener la estimación de la prevalencia del insuficiente acceso efectivo a medicamentos, concluyendo que el insuficiente acceso está asociado al subsistema de salud, edad, pobreza y tipo de consulta realizada, resultados que indican debilidades del sistema de salud y sirven como sustrato para la implementación de estrategias en pro de mejorar el acceso a medicamentos en la población peruana.

Cada país cuenta con un sistema de salud con sus características y propiedades particulares, por ello es importante centrar la atención en los estudios a nivel nacional, ya que nos permiten evidenciar la evolución del sistema de salud. Tras la reforma al sistema de salud colombiano en el año de 1993, se vio que pocos estudios profundizan en factores de contexto, como son las políticas públicas o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso; pero si existe evidencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales de aseguramiento, renta y educación, y características de los servicios dirigidos a la accesibilidad geográfica, organizativa y calidad (21).

Un estudio evaluó los cambios en la demanda de servicios en salud, luego de la actualización del plan de beneficios entre los años 2010 y 2012 (22), el cual demostró que dicha actualización represento para los pacientes mayor acceso a las nuevas tecnologías, siendo

consecuente con las modificaciones y avances que ha presentado el sistema de salud colombiano en el tiempo desde la unificación del plan de beneficios para los regímenes contributivo y subsidiado, hasta en la actualidad el ingreso cada vez creciente de servicios y tecnologías en salud a cargo de UPC, publicada por el ministerio de salud y protección social (23).

Pero si bien es importante reconocer las fortalezas de un sistema de salud, es mucho más importante conocer las debilidades, ya que siendo un sistema pueden encontrarse aspectos por mejorar; en el sistema de salud colombiano se ha evidenciado que existen limitaciones para el acceso desde la entrada y búsqueda de la atención a los servicios de salud, donde las fallas en la comunicación, la continuidad del servicio, demora en autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos, constituyen las barreras de acceso administrativas más frecuentes (24).

La reafirmación de la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia, es independiente de la metodología utilizadas en las investigaciones, ya sea métodos cuantitativos o cualitativos, coinciden en los hallazgos al explorar la existencia de barreras de acceso a los servicios de salud en las historias de mujeres con cáncer de mama, se evidencia que las mujeres con cáncer de mama a pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad (25).

Hacia la región noroccidente de Colombia, se encuentra un estudio que analizó la equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia (26), entre los hallazgos encontrados se evidencio que en la atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre éstos dos regímenes y los no afiliados, igualmente las barreras financieras constituyeron el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados.

Continuando con la documentación del estado del arte, se encontró que la barrera geográfica está presente en todos los contextos analizados en tres zonas de Medellín, desde la perspectiva de actores institucionales y líderes comunitarios (27).

En relación con el acceso a los servicios de salud para el tratamiento del cáncer de mama en Colombia fue demostrado que el acceso real al tratamiento para cáncer de mama es inequitativo, dado que las mujeres más vulnerables enfrentan mayores barreras, siendo más probable que las afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres de estratos pobres sin seguro deban desplazarse a otra ciudad para recibir tratamiento, así como la probabilidad de que las mujeres pobres sin seguro deban pagar por los medicamentos es mayor (28).

Así como fue demostrada la inequidad en el tratamiento en pacientes con cáncer de mama, también se encuentran descritas las demoras en su atención y las tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento a partir de la primera consulta, donde la mediana de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico fue de 91 días y la mediana de tiempo desde la primera consulta hasta el tratamiento fueron de 137 días, el diagnóstico y el tratamiento fueron más rápidos en mujeres con mayor nivel educativo y estrato socioeconómico, en afiliadas al régimen especial y cuando consultaron por tamización; concluyendo que las demoras en la atención son excesivas. Hay una clara inequidad y se requieren intervenciones para brindar mayor oportunidad, particularmente para el diagnóstico (29).

El acceso a los servicios de salud depende tanto de las características de los servicios de salud, como se ha descrito anteriormente, así como también depende de las características de la población (30), por ende para que un tratamiento médico sea exitoso, depende de la adherencia del mismo por parte de las pacientes, en este contexto se evaluó el cumplimiento al manejo médico de pacientes con cáncer de mama en el año 2012, el cual fue del 77,4%, siendo las principales razones asociadas con un bajo cumplimiento aspectos relacionados con el sistema de salud, aspectos psicológicos y sociales propios de las pacientes (31).

El sistema de salud colombiano ha presentado un elevado gasto generado por los medicamentos más costosos, conllevando al crecimiento progresivo del gasto farmacéutico,

siendo este mayor que el aumento de la cobertura del sistema sanitario del país, por ello debe evaluar cuánto está dispuesto a pagar por los medicamentos más costosos para algunas morbilidades y qué estrategias debe implementar para sufragar estos gastos y así garantizar el acceso a los asegurados, fueron las conclusiones de un estudio que determinó el comportamiento del consumo de medicamentos de alto costo durante los años 2005 a 2010 en 20 ciudades de Colombia, encontrando que el valor facturado por medicamentos de alto costo creció 847,4%, donde los antineoplásicos e inmunomoduladores constituyeron 46,3% del total facturado (32).

En el aparte de los medicamentos se encuentra la evaluación del efecto de la implementación de la plataforma para prescripción de servicios de salud, llamada Mi prescripción (MIPRES) en los costos de salud de los afiliados de una EPS del nororiente Colombiano, entre abril y julio de 2017; que encontró que si bien el MIPRES ha permitido tener la casuística a nivel nacional frente al comportamiento de uso y prescripción de tecnologías no Incluidas en el plan obligatorio de salud (No POS), esta herramienta tecnológica no sirve per se para facilitar el acceso, hacer uso racional y transparente de los recursos, no ha representado un descenso significativo en los costos por estas tecnologías NO POS y por el contrario el alto número de devoluciones y anulaciones en el sistema ha dificultado el acceso al usuario al uso de estas tecnologías (33).

Con toda la evidencia existentes de los aspectos que influye en el acceso a los servicios de salud y específicamente para el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama se puede resaltar que aspectos demográficos de los pacientes como la edad, estrato socio económico, nivel de ingresos, educación influyen en el acceso y utilización a los servicios de salud, igualmente se evidencia que las barreras de acceso más frecuente están relacionadas con aspectos organizacionales por parte de las entes que integran el sistema de salud, como la falta de información, continuidad del servicio, demora en autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos; las limitantes geográficas están presentes en todos los contextos analizados, pero finalmente el aspecto financiero constituye el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud en toda la población, y que pese a la ampliación de los servicios con cargo a la unidad pago

por capitación, la disposición de fuentes de financiación para los servicios de salud y los avances en sistemas de información que el ministerio de salud y protección social ha realizado, la garantía para el acceso a los servicios de salud no es completa, ya que hay demoras en la atención para realizar el diagnóstico de cáncer de mama de 91 días y resulta aún más complejo el acceso al tratamiento del cáncer de mama con un registro de oportunidad de 137 días.

Si bien se cuenta con datos importantes acerca del acceso a servicio de salud y específicamente al tratamiento del cáncer de mama, se deduce que el vacío del conocimiento corresponde a la falta de evidencia científica acerca del acceso a medicamentos en Santiago de Cali, puesto que no hay identificación de los actores responsables de las barreras presentes, no existe una descripción de que aspectos influye más que otros en el acceso y finalmente que las perspectivas de los usuarios han sido poco estudiadas.

### 3. MARCO DE REFERENCIA

#### 3.1 MARCO TEÓRICO

Para el presente trabajo de investigación se ha estudiado diferentes teorías acerca de la accesibilidad a los servicios en salud, cada una se describe brevemente a continuación, obteniendo al final la adopción de una teoría para el estudio del acceso a los servicios de salud.

El Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi, define cobertura efectiva como la proporción de la población que recibe atención eficaz, el rendimiento del servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico, plantea que en el proceso de acceso existe una interacción entre aspectos específicos de la provisión de servicios y de la población, que es influenciada tanto por las características del sistema de salud como por los recursos y capacidades de la población para reconocer necesidades y buscar atención. Este modelo permite la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos, es un modelo que facilita el análisis de la equidad en el acceso a la atención sanitaria, a través de cinco dimensiones que son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva (30).



Gráfica 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad (30).

La diferencia entre accesibilidad, disponibilidad y acceso, la concibe el Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk, para el autor es un dominio más amplio que reúne características de los recursos y de la población, define accesibilidad como el proceso de buscar y recibir atención en salud, donde juega un papel importante la disponibilidad de recursos y la capacidad para producir servicios, y la utilización de los servicios que representa el consumo real; entre ellos existen como fenómenos intermediarios: resistencia (conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención) y el poder de utilización (poder de compra). Para Frenk resulta “el precio de un servicio (resistencia) constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona (poder de utilización) representan un poder específico para superar dicho obstáculo” (30).



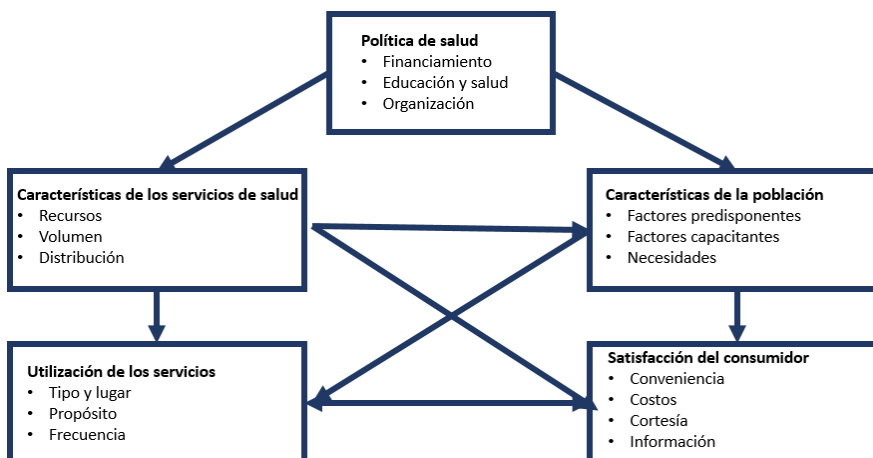
Gráfica 2. Modelo de Accesibilidad de Julio Frenk (30).

Como tercera teoría, la cual fue adoptada para la investigación, se encuentra la teoría de Aday y Andersen, es un modelo de utilización de servicios de salud, donde las políticas de salud determinarán en el sistema, las características de los servicios y la utilización de estos, así como las características de la población y satisfacción de los usuarios, en este sentido el modelo comprende dos dimensiones:

- Variables de proceso: características de los servicios y características de la población.



- Variables de resultado: utilización real de los servicios y satisfacción del consumidor (34).



Gráfica 3. Modelo de utilización de servicios de salud. Tomado de Andersen y Aday (34).

Se procede a describir la teoría más a fondo para entender el concepto y la operacionalización de accesibilidad según los autores y el motivo de elección de esta teoría adoptada en el presente trabajo de investigación.

**Política de salud:** El objetivo de muchas políticas de salud, gira en ideales de mejorar el acceso a la atención, por tanto, corresponde al punto de partida que marca el concepto de acceso, para el presente trabajo de investigación la política en salud está representada por la normatividad expedida por el congreso de Colombia, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, esta normatividad será el punto de partida para determinar las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios, puesto que la misma norma ha dado as u vez origen a otras normativas que han definido las fuentes de financiación, cobertura para los servicios de salud, donde se encuentran incluidos los medicamentos para el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama.

**Características de los servicios de salud:** Corresponde a los acuerdos que existen para la prestación de la atención a los usuarios, comprende dos elementos:

1. El recurso humano, corresponde a la mano de obra dedicado a la atención en salud, está incluido el personal de salud, su nivel educacional, los equipos y estructuras en

las que se proporciona la atención médica, este elemento incluye tanto el volumen, como la distribución del recurso humano en salud.

2. La organización, hace referencia a los procesos operativos de la prestación de servicios de salud; cuenta con dos componentes: entrada y estructura, el primero hace referencia al ingreso a la atención médica, variables como tiempo de viaje y tiempo de espera hacen parte de su análisis, el segundo componente se refiere a las características que determinan la atención del paciente luego de su entrada, se refiere aspectos como la atención, interacción y trato al paciente.

Características de la población: Comprende tres componentes:

1. Componente predisponente, incluye aquellas variables que describen la propensión de los usuarios a utilizar los servicios, estas propiedades existen antes del inicio de episodios de enfermedad, como edad, sexo, raza, religión y antecedentes familiares.
2. Componente capacitante, corresponde a los medios que el usuario tiene disponible para el uso de servicios, como son los recursos (ingresos, cobertura de seguro) y las características del sitio donde reside (urbano, rural, región).
3. Componente de necesidad, hace referencia a carga de enfermedad de la persona que hace que acuda al servicio médico.

Utilización de los servicios: Se caracteriza en términos de:

- Tipo: se refiere al tipo de servicio recibido y quien lo prestó.
- Lugar: se refiere al lugar donde recibió la atención.
- Propósito: significa si fue atención preventiva, curativa o de rehabilitación.
- Intervalo de tiempo involucrado: se puede expresar en términos de:
  1. Contacto, hace referencia si una persona ingresó o no al sistema de atención médica en un periodo de tiempo determinado.
  2. Volumen, se refiere al número de contactos y visitas en un intervalo de tiempo determinado, esta medida refleja quien ingresa al sistema y con qué frecuencia lo usa.
  3. Continuidad: comprende el nivel de integración del proceso de atención médica, el grado de vinculación y coordinación de los servicios modula este componente.

Satisfacción del consumidor: son relevantes considerar al ser percepciones subjetivas de acceso: El grado de satisfacción con la atención médica, su coordinación y costo, la cortesía mostrada por los proveedores, información dada al usuario sobre cómo tratar su enfermedad y su juicio en cuanto a la calidad de la atención que recibió (35).

### 3.2 MARCO CONCEPTUAL

- **Condiciones:** Conjunto de circunstancias que determinan la utilización de medicamentos en un tratamiento de una enfermedad.
- **Acceso:** Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de salud, es una característica de calidad en la atención en salud, que pretende la mejora de los resultados de la atención en salud, según el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud (51).
- **Uso:** Utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de salud.
- **Tratamiento ambulatorio:** Conjunto de medios que se utilizan para aliviar o curar una enfermedad, que cuentan con formulación médica y que su ingesta o administración no requiere que el paciente permanezca hospitalizado o recluido para llevarlo a cabo.
- **Medicamento:** Sustancia con moléculas bioactivas que sirve para curar o reducir efectos de una enfermedad sobre el organismo.
- **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA:** Agencia Regulatoria de carácter técnico científico, que vigila y controla el consumo y uso de medicamentos, a través de normas sanitarias determina la autorización para la comercialización de los medicamentos en Colombia.
- **Cuenta de Alto Costo - CAC:** Organismo técnico que contribuye a estabilizar el sistema de salud, con abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo, a través de la gestión de riesgos en EPS e IPS.
- **Enfermedades de Alto Costo:** Patologías de curso crónico que supone alto riesgo, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter

prolongado o permanente pueda ser susceptible de programación, según la Corte Constitucional, se considera como enfermedades catastróficas y de alto costo: el cáncer con los ciclos de radioterapia y quimioterapia.

- **Empresa Administradora de Planes de Beneficios - EAPB:** Organismo del sistema de salud colombiano que organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, gestionando los riesgos en salud derivados de la enfermedad general.
- **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES:** Entidad que garantizar el adecuado flujo y establece controles a los recursos del sistema de salud colombiano; a quien la EAPB remiten los recobros por servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y exclusiones de la financiación con recursos de sistema de salud.
- **Rango de IBC:** Es el monto sobre el cual se aplicará el porcentaje de cotización para cada afiliado al sistema de seguridad social.

### 3.3 MARCO NORMATIVO

La constitución política colombiana, en el capítulo II de los derechos sociales, económicos y culturales, en su artículo 49, establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado, siendo el encargado de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (44); en consecuencia pone en marcha la ley 100 de 1993, que trajo la reglamentación del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento.

Uno de los grandes retos del sistema de salud colombiano, para el año de 1993, era el aseguramiento en salud que presentaba cifras bajas del 23,5%, ya para el año 2016 la cobertura aumentó al 72,1%, y finalmente en el año 2020 se cuenta con un 95.97% de la población asegurada al sistema de salud (12). A nivel nacional para promover el aumento y cumplimiento a toda la población de una accesibilidad mayor a los servicios de salud, desde el año de 2006 se cuenta con la política nacional de prestación de servicios de salud (44), que tiene el propósito de garantizar la accesibilidad, optimizar el uso de los recursos y mejorar la

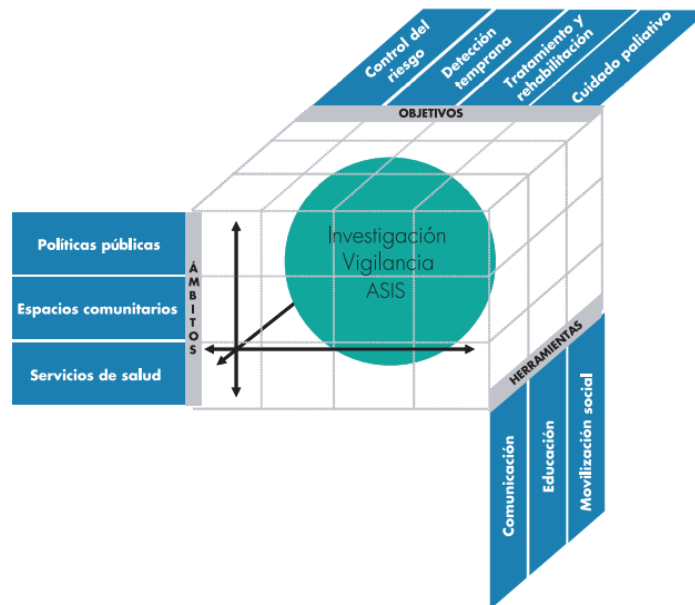
calidad de los servicios que se prestan a los colombianos; igualmente existe la ley 1384 de 2010, la cual establece las acciones para la atención integral del cáncer en el país (46), dispone en el artículo 13 el deber por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada, de responder por la organización y gestión integral de la red de prestación de servicios oncológicos.

La construcción del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011, da los principios rectores de la política, para que los gobiernos departamentales, distritales y locales adapten y gestionen su ejecución de acuerdo a su problemática, incluidas las EAPB como garantes de la prestación de servicios de salud (47). Una de las 8 dimensiones del PDSP corresponde a la Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles, uno de sus 2 componentes hace referencia a las Condiciones Crónicas Prevalentes, incluyendo el cáncer y enumera diferentes estrategias, específicamente las que hace referencia al cáncer se encuentran:

- Desarrollo e implementación de guías y normas técnicas para la detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades no transmisibles; frente a esta estrategia el Ministerio de Salud, publicó en el año 2013 la guía de práctica clínica No. GPC-2013-10 (10).
- Promoción, fomento, incentivos a la oferta, innovación, desarrollo y monitoreo del mejoramiento de la producción nacional y regional, la disponibilidad y el acceso a los medicamentos y a tecnologías esenciales para la atención de las enfermedades no transmisibles como el cáncer.
- Normas, políticas, planes y programas sectoriales: Implementación, evaluación y monitoreo de los planes nacionales para el Cáncer y del programa nacional de detección temprana de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo (48); producto de esta estrategia se consolida el Plan Decenal para el Control del Cáncer para el período 2012- 2021, que establece un Modelo para el control del cáncer dirigido a el control del riesgo, la detección temprana, el tratamiento, rehabilitación y el cuidado paliativo. El modelo para el control del cáncer se conforma de:

1. Ámbitos: para el desarrollo de las acciones, están a nivel político, comunitario y servicios de salud, éstos representan la oportunidad de integrar los abordajes poblacionales y de alto riesgo mediante una acción coordinada que se propone, en una visión moderna de la salud pública.
2. Herramientas: son instrumentos clásicos de la salud pública como la movilización social, la comunicación y la educación, que deben definir las estrategias para el control de la enfermedad.
3. Eje central del modelo está la gestión del conocimiento a través de la vigilancia, la investigación y el análisis de la situación de salud respecto al cáncer.

El Plan Decenal para el Control del Cáncer busca a partir de la evidencia científica existente y los lineamientos establecidos en el Modelo para el control del cáncer en Colombia, sentar las bases para controlar los factores de riesgo, reducir la mortalidad evitable por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad (49).



Grafica 4. Modelo para el control del cáncer

En la última reforma al sistema de seguridad social en salud, establecida por la ley 1751 de 2015 o ley estatutaria de salud, se garantiza el derecho fundamental a la salud y establece mecanismos para su protección (13), bajo este marco de garantía del derecho a la salud, que rige el sistema de general de seguridad social en salud, el Ministerio de Salud y Protección

Social ha definido la cobertura y fuente de financiación, de los servicios de salud que serán cubiertos y financiados por el sistema público de salud.

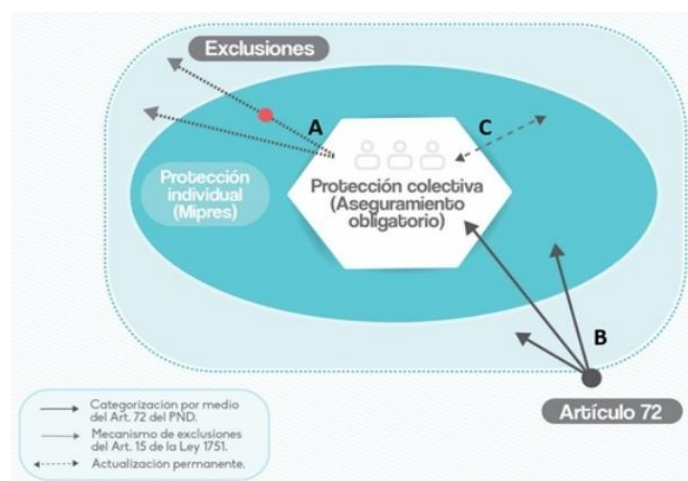
La ley estatutaria plantea tres tipos de prestaciones de salud, el primero es un conjunto de prestaciones que no pueden ser pagadas con recursos públicos, ya que cumplen con al menos uno de los criterios de exclusión, como son prestaciones de carácter experimental, no efectivas, no autorizadas, prestadas en el exterior o con fines meramente estéticos, quedando por fuera de la cobertura del sistema (ver A en la gráfica 8); las exclusiones para ser catalogadas como tal, deben cursar por un grupo técnico-científico, luego por una discusión pública y posteriormente por opiniones los pacientes afectados, la ley estatutaria no plantea las exclusiones de manera explícita, pero si define de manera general el procedimiento participativo mediante el cual se determinan, quedando consagrado en la resolución 330 de 2017, producto de ello, hoy se cuenta con la resolución 244 de 2019, que contiene el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Siendo el universo de prestaciones dinámico y expansivo para cada año transcurrido, el mecanismo de exclusiones está complementado por un mecanismo para decidir la incorporación de las nuevas tecnologías, definido por la ley 1753 de 2015 o Ley del Plan Nacional de Desarrollo, que evalúa las tecnologías en la puerta de entrada y decide con base en su efectividad relativa y su costo, si entra o no al sistema. Las buenas tecnologías se incorporan a un precio negociado centralizadamente; las tecnologías promedio se incorporan a los precios de sus homólogas; y las tecnologías que no agregan valor, quedan excluidas, (ver B en la gráfica 8).

Las prestaciones cubiertas se dividen, a su vez, en dos grupos, el primer grupo están las prestaciones que garantizan la protección colectiva del derecho a la salud y que son en conjunto financiadas con cargo a la unidad de pago por capitación (UPC), en un segundo grupo están las prestaciones que garantizan la protección individual del derecho y que son prescritas por el médico tratante a través del aplicativo MIPRES, las cuales son financiadas

por un fondo público a cargo de la nación en el régimen contributivo, y de los departamentos y distritos en el régimen subsidiado, (ver C en la gráfica 8) (50).

La protección colectiva del derecho está basada en un examen de las necesidades de toda la población y se encuentra definida en su última actualización la resolución 3215 de 2019, mientras que la protección individual está basada en las necesidades de un individuo particular y su procedimiento de acceso se encuentra descrito en la resolución 1885 de 2018 (62).



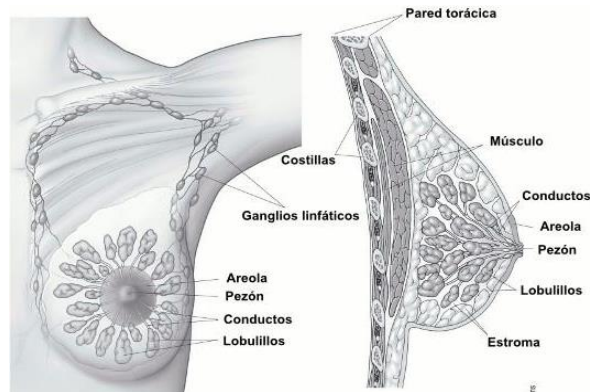
Gráfica 5. Cobertura del sistema de salud en el marco de la Ley Estatutaria (50).

### 3.4 MARCO CONTEXTUAL

#### 3.4.1 Atención integral del cáncer de mama

El cáncer de mama se origina cuando las células de las glándula mamarias comienzan a crecer sin control, lo cual dificulta que el órgano funcione de la manera que debería, los cánceres de mama pueden originarse en diferentes partes del órgano, cuando su inicio es en los conductos que llevan la leche hacia el pezón, se denominan cánceres ductales, cuando se originan en los lobulillos que son las glándulas que producen leche, se denominan cánceres lobulillares, siendo estos dos tipos los más frecuentes (36), en la gráfica 4 se muestra la anatomía de la glándula mamaria, para observar las estructuras en las que con mayor frecuencia se desarrolla un cáncer de mama.





Gráfica 6. Anatomía de la glándula mamaria normal (36).

La etiología del cáncer de mama no es conocida, en numerosos estudios se investigan los posibles factores de riesgo para predecir y cuantificar el riesgo de padecer la enfermedad, aunque en más del 80% de mujeres con cáncer, éste aparece de manera esporádica sin factores de riesgo que lo explique, a continuación, se describen los factores de riesgo más conocidos:

- Sexo: El 99% de cánceres de mama aparecen en mujeres.
- Edad: La probabilidad de padecer cáncer de mama muestra íntima relación con el incremento de la edad.
- Antecedentes personales de cáncer de mama: Las pacientes tratadas por un tumor primario de mama tienen un riesgo de desarrollar un segundo cáncer de mama de tres a cinco veces más alto que la población general.
- Factores hormonales y reproductivos: Se estima aumento del riesgo de padecer cáncer de mama en las situaciones con mayor intervalo de tiempo en que la mama está sometida al influjo hormonal del ovario (estrógenos y gestágeno) como sucede en la menarquia precoz y menopausia tardía. Las mujeres que tienen hijos disminuyen el riesgo de cáncer de mama en comparación con las nulíparas. La edad tardía de la menopausia se relaciona con aumento del riesgo de cáncer de mama.
- Estilo de vida: La relación entre el peso y el cáncer de mama depende estrictamente de la edad, para las mujeres postmenopáusicas y con edad de 60 años el riesgo se incrementa con el aumento del peso, se estima que un exceso de 10 kg puede aumentar tanto el riesgo como en un 80%. El alcohol es el componente de la dieta para el que existe una relación evidente con aumento del riesgo de cáncer de mama. No existe relación con el hábito del tabaco, consumo de cafeína o metilxantinas, ni

con el estrés, ni con la depresión. El ejercicio físico moderado reduce la incidencia de cáncer de mama.

- Cirugía mamaria previa: El riesgo se acumula en las mujeres premenopáusicas y se acentúa cuando además existen antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Tratamiento hormonal: Se describe aumento del riesgo de cáncer de mama en las mujeres que toman la medicación durante muchos años y no han tenido embarazos.
- Exposición a radiaciones ionizantes: El riesgo de cáncer de mama se hace evidente hacia los cinco y diez años después de la radiación, con el pico de máxima incidencia a los 15 años y con una mayor mortalidad a los 20 años. Este incremento del riesgo se mantiene durante toda la vida.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama: el incremento del riesgo relativo de cáncer de mama en mujeres con un familiar de primer grado afectado, cuyo índice de riesgo oscila entre 1,5 a 2<sup>(14)</sup> y hasta de nueve cuando la hermana o la madre tienen la enfermedad en la premenopausia y la afectación es bilateral (37).

Dado que cerca del 75% de las mujeres que desarrollan cáncer de mama, no tienen factores de riesgo conocidos para la enfermedad aparte de ser mujeres y tener cierta edad, el riesgo de desarrollar cáncer de mama se puede clasificar en tres categorías: alto, medio y bajo, basados en el riesgo acumulado de desarrollarlo a través de la vida; las mujeres de riesgo alto tienden a tener tumores más agresivos, de crecimiento más rápido, con diagnóstico de la enfermedad a edad temprana, que en ocasiones son difíciles de identificar en la mamografía, por el menor rendimiento de esta prueba en mujeres jóvenes con mamas densas. Se considera una mujer tiene alto riesgo para cáncer de mama si presenta uno o más de los siguientes antecedentes:

- Portadora de mutación genética conocida BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53 o síndrome de Li Fraumeni (38), son genes supresores de tumores que tienen un rol importante en la regulación del ciclo celular y en el proceso de transcripción, así como en los mecanismos de reparación como respuesta al daño al DNA, mutaciones germinales que afectan negativamente las funciones de estos genes (mutaciones patogénicas) representan un riesgo incrementado para el desarrollo de cáncer de mama; existen varias pruebas genéticas para identificar variantes en los genes BRCA1 y BRCA2,

los resultados de estas tienen implicaciones importantes, dado que existen programas de vigilancia para la detección temprana de cáncer en pacientes portadores de algunas variantes (38).

- Portadora de mutación genética conocida, síndrome de Li Fraumeni, etc.
- Mujer con antecedente familiar en primer grado de mutación genética conocida (riesgo del 50 % de ser portadoras de la mutación).
- Antecedente de radioterapia sobre la pared del tórax a una edad menor de 30 años (RR:7-17).
- Riesgo en el transcurso de la vida >30% estimado por alguno de los modelos existentes (GPCI, BRCA1, BRCA2, BOADICEA, Tyrer-Cuzicki otros).

Se considera una mujer tiene riesgo medio para cáncer de mama si presenta uno o más de los siguientes antecedentes:

- Antecedente familiar de cáncer de mama en primer grado sin mutación genética conocida; un familiar en primer grado (RR:1.5-2); dos familiares en primer grado (RR:3), tres familiares en primer grado (RR:4).
- Biopsias mamarias previas cuyo resultado muestra atipias (RR:4.5-5).
- Diagnóstico histológico de neoplasia lobulillar *in situ* (RR: 8-12).
- Densidad mamaria mayor al 75% (RR:5).
- Antecedente personal de cáncer de mama, incluyendo carcinoma ductal *in situ*.

Por último, se considera mujeres de riesgo bajo o estándar, a la población general que no cumple ninguno de los anteriores enunciados (10).

Siendo la detección precoz, el punto de partida para mejorar el pronóstico, la supervivencia y obtener el control del cáncer de mama, existen dos métodos de detección precoz que en el sistema de salud colombiano cuentan con las siguientes recomendaciones:

- Autoexamen y del examen clínico: Respecto al autoexamen de mama como punto de buena práctica se recomienda la implementación de escenarios para la enseñanza del examen clínico de la mama, con el fin de generalizar y estandarizar la técnica; respecto al examen clínico se recomienda la realización del examen clínico de la

mama a partir de los 40 años, como parte del examen clínico general de la mujer, por lo menos una vez al año con un método estandarizado y por parte de médicos.

- Tamizaje con mamografía: Se recomienda realizar mamografía de dos proyecciones, cada dos años en mujeres de 50 a 69 años de edad, incluido dentro de un programa de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama (10).

La mamografía es una ayuda de imagen diagnóstica, que cuenta con una sensibilidad de aproximadamente 63% en mamas muy densas y 87% en mamas muy grasas, y una especificidad entre 87% y 99% (10), es el método de tamizaje más utilizado y la OMS considera que es el único método de tamizaje que se ha revelado eficaz en el diagnóstico temprano del cáncer de mama (4), detecta cambios como microcalcificaciones, que aunque suelen tratarse de lesiones benignas, existen algunas con anomalías que ameritan estudio con biopsia, logrando así un diagnóstico de tumores en etapas muy tempranas, siendo la biopsia la única manera de saber si hay o no cáncer (39), en las patologías positivas para malignidad es necesario realizar pruebas de inmunohistoquímica, para conocer si las células del cáncer contienen uno, ambos o ninguno de los receptores hormonales (estrógeno y progesterona) y si expresan el receptor HER 2, esta última también se puede obtener mediante hibridación in situ con fluorescencia – FISH (9).

El cáncer de mama tiene una baja mortalidad y es curable en etapas precoces (40), una adecuada clasificación del tumor desde el inicio de acuerdo a las características del tumor primario, la invasión a ganglios linfáticos de la región y la presencia de metástasis, permite tomar decisiones en torno al mejor tratamiento y a estimar el pronóstico de la paciente, los estadios clínicos son:

**0:** Tumor in situ.

**I:** Tumor de igual o menor a 2 cm, que no ha involucrado ganglios linfáticos, ni hay metástasis.

**IIA:** Tumor menor a 2 cm con afectación de ganglios linfáticos axilares, o un tumor entre 2 y 5 cm sin afectación de ganglios linfáticos, no hay metástasis.

**IIB:** Tumor entre 2 y 5 cm con afectación de ganglios linfáticos axilares, o un tumor mayor de 5 cm sin afectación de ganglios linfáticos, no hay metástasis.

**IIIA:** Tumor primario de cualquier tamaño que no involucra ni la piel ni la pared torácica, pero que se acompaña de afectación de los ganglios linfáticos axilares o de los ganglios linfáticos mamaros, no hay metástasis.

**IIIB:** Tumor primario está infiltrando la piel ni la pared torácica, acompañado o no de afectación ganglionar, no hay metástasis.

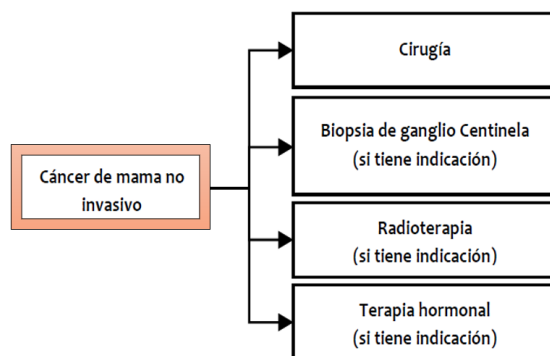
**IIIC:** Tumor de cualquier tamaño, con extensión a los ganglios linfáticos supra claviculares.

**IV:** Cualquier categoría T o N, pero con diseminación a otros órganos del cuerpo, entre los cuales los de mayor frecuencia son los huesos, pulmón, cerebro e hígado (41).

El tratamiento debe ser individualizado, multi e interdisciplinario para cada paciente con cáncer de mama, en Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en el año 2013 la guía de práctica clínica No. GPC-2013-10, para la detección temprana, tratamiento integral seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama, donde están contenidas todas las recomendaciones según la siguiente clasificación para el tratamiento a seguir por el personal médico (10):

2. Carcinoma ductal in situ
3. Cáncer de mama temprano y localmente avanzado
4. Cáncer de mama metastásico o recurrente

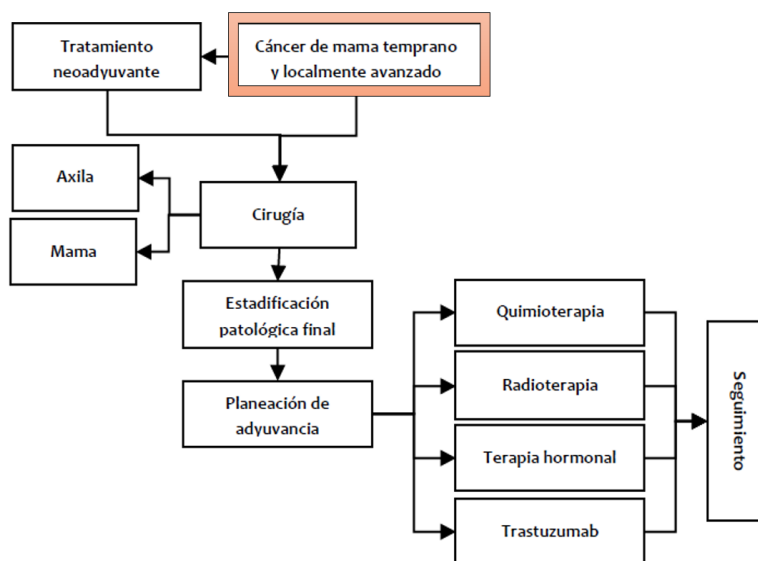
El carcinoma ductal in situ - CDIS de la mama es la proliferación de células epiteliales ductales malignas, las cuales no han sobrepasado la membrana basal, se considera un grupo de lesiones heterogéneo con una capacidad diversa de progresar a carcinoma invasivo y un rango amplio de opciones de tratamiento, tal como se observa en el algoritmo de manejo que describe la gráfica 5, en primera medida para el tratamiento del CDIS se encuentra la cirugía, la biopsia de ganglio centinela, radioterapia y terapia hormonal adyuvante, para esta última se recomienda inicio de tamoxifeno por 5 años para pacientes con CDIS receptor hormonal positivo (10).



Gráfica 7. Algoritmo de manejo del carcinoma ductal in situ (10).

El cáncer de mama temprano y localmente avanzado es la proliferación de células epiteliales ductales malignas, las cuales invaden la membrana basal, pero la lesión está confinada a la glándula mamaria, posee capacidad diversa de progresar a cáncer de mama metastásico, el manejo óptimo del cáncer incluye el control local y la prevención de enfermedad a distancia, todas las pacientes deben tener tratamiento multidisciplinario, el algoritmo se muestra en la gráfica 6, que en resumen los componentes a considerar son:

- Terapia sistémica neoadyuvante
- Cirugía de la mama y cirugía de la axila
- Radioterapia locoregional
- Quimioterapia adyuvante



Gráfica 8. Algoritmo de manejo de Cáncer de mama temprano y localmente avanzado (10).

La terapia sistémica primaria neoadyuvante incluye el uso tanto de quimioterapia como de terapia endocrina después del diagnóstico, pero antes de la cirugía definitiva, se puede utilizar exitosamente para reducir el tumor primario de tal forma que sea posible realizar una cirugía conservadora de la mama con un mejor resultado cosmético, adicionalmente permite controlar posibles focos ocultos de lesiones metastásicas, no aparentes ni clínica ni radiológicamente; se ha convertido en el estándar de manejo en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado con el objetivo de facilitar el control locoregional para la resección quirúrgica y la radioterapia, y para mejorar la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global; la administración más temprana de terapia sistémica podría contribuir a mejorar la supervivencia particularmente en quienes lograron una tasa de respuesta patológica completa.

La terapia sistémica primaria neoadyuvante tiene las siguientes recomendaciones, usar en pacientes con tumores operables unifocales muy extensos no aptos para una cirugía conservadora de la mama; se recomienda administrar tratamientos con antraciclinas y taxanos secuenciales o concurrentes; posterior a la quimioterapia neoadyuvante se debe indicar tratamiento local con cirugía seguida de radioterapia; en pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano y localmente avanzado, receptor hormonal positivo con contraindicación para recibir quimioterapia citotóxica se recomienda ofrecer terapia neoadyuvante con inhibidores de aromataasa; en pacientes con cáncer de mama HER2 positivo con enfermedad temprana y localmente avanzada se recomienda la administración de Trastuzumab en neoadyuvancia (10).

Para la terapia sistémica adyuvante la elección debe basarse en la sensibilidad hormonal del tumor, la edad de la paciente, el estado de menopausia y las comorbilidades presentes, esta puede ser con quimioterapia adyuvante, terapia hormonal adyuvante y/o terapias anti HER2 en adyuvancia, así mismo en la quimioterapia adyuvante, cuenta con recomendaciones fuertes según la guía de práctica clínica del cáncer de mama en Colombia, en pacientes con cáncer de mama estados I a III, se recomiendan regímenes de quimioterapia basados en antraciclinas asociados o no a taxanos; se recomienda ofrecer terapia adyuvante con antraciclinas y taxanos a las pacientes con cáncer de mama temprano y localmente avanzado

con ganglios positivos; se recomienda administración de Paclitaxel semanal o Docetaxel cada 21 días.

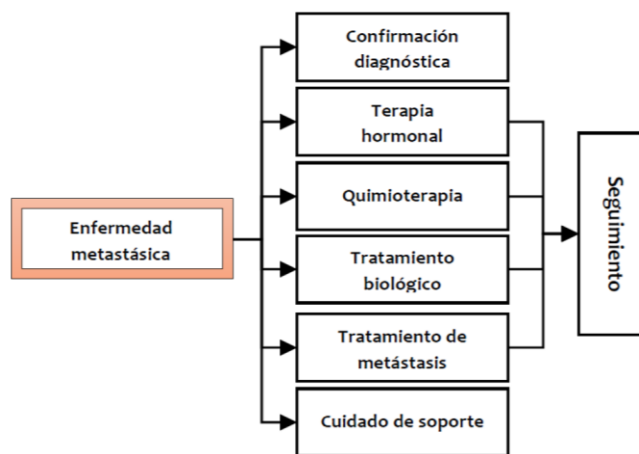
La terapia hormonal adyuvante cuenta con recomendaciones fuertes para pacientes posmenopáusicas con cáncer de mama temprano y localmente avanzado receptor hormonal positivo, recomienda el uso de inhibidor de aromatasa en algún momento del tratamiento adyuvante: Tamoxifeno 2 a 3 años seguido de inhibidor de aromatasa hasta completar tiempo total de terapia hormonal por 5 años, o inhibidor de aromatasa por 2 años seguido de tamoxifeno hasta completar 5 años de terapia hormonal; en pacientes posmenopáusicas sin compromiso ganglionar se recomienda la terapia hormonal adyuvante durante 5 años con tamoxifeno, aunque también se puede considerar el uso de inhibidores de aromatasa; en mujeres posmenopáusicas receptor hormonal positivo con ganglios positivos, que han completado 5 años de terapia adyuvante con tamoxifeno se recomienda considerar terapia extendida por otros 5 años con un inhibidor de aromatasa (10).

La terapia anti HER2 en adyuvancia cuenta con recomendaciones fuertes según la guía de práctica clínica del cáncer de mama en Colombia, para pacientes con cáncer de mama temprano y localmente avanzado HER2 positivo, se recomienda administración de Trastuzumab secuencial a la administración de antraciclinas (doxorubicina); se recomienda administrar Trastuzumab durante 1 año o hasta la recurrencia de la enfermedad (lo que primero ocurra).

El cáncer de mama metastásico o recurrente, corresponde a la propagación de la enfermedad hacia otras partes del cuerpo, el manejo requiere de un equipo multi e interdisciplinario (médicos oncólogos, cirujanos, especialistas en cuidado paliativo, radioterapeutas, psicólogos, enfermeras, entre otros). Los objetivos del tratamiento deben ser explicados claramente a las pacientes y discutidos con ellas y sus familias, las preferencias de las pacientes siempre deben ser tenidas en cuenta, así como valores, creencias, condiciones familiares, sociales y culturales.



La elección de un régimen terapéutico responde al conocimiento de las condiciones generales de la paciente, su desempeño funcional, comorbilidades, ubicación de lesiones metastásicas, presencia de síntomas y necesidad de alivio temprano, rapidez de progresión de la enfermedad, probabilidad de obtener respuesta, beneficios en calidad de vida, supervivencia y el balance respecto a toxicidad de la terapia, ver gráfica 7. De otra parte, el conocimiento de la biología tumoral, la historia de tratamientos previos y respuesta terapéutica definirán el tipo de terapia a instaurar, es decir las terapias deben ser individualizadas atendiendo a las necesidades particulares de cada paciente.



Gráfica 9. Algoritmo de manejo del Cáncer de mama metastásico o recurrente (10).

Las tres opciones terapéuticas en la enfermedad metastásica son la terapia hormonal, quimioterapia y terapia biológica; la terapia hormonal está indicada únicamente en pacientes con expresión de receptores hormonales; la quimioterapia beneficia tanto a pacientes con presencia de receptor hormonal positivo como aquellos casos receptor negativo; las pacientes que expresan receptor HER2 se benefician de terapia dirigida anti HER 2, las recomendaciones fuertes frente a estos tres tipos de terapias son (10):

- Se recomienda ofrecer terapia hormonal como primera línea de tratamiento para pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo a menos que exista resistencia a la terapia hormonal o enfermedad que requiera respuesta rápida.
- Se recomienda ofrecer quimioterapia como primera línea de tratamiento en pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo en quienes la enfermedad es una amenaza inminente para la vida o requieran alivio rápido de los

síntomas por compromiso visceral, asegurando que las pacientes entienden y están preparadas para aceptar la toxicidad.

- Para pacientes con cáncer de mama metastásico receptor de estrógenos positivo que han sido tratadas con quimioterapia como terapia de primera línea, se recomienda administrar terapia hormonal como terapia de mantenimiento después de completar la quimioterapia.

La terapia hormonal es el tratamiento de elección para pacientes con receptores hormonales positivos. El tamoxifeno fue usado como primera línea de tratamiento para el cáncer de mama metastásico hormono sensible por muchos años y aunque continúa siendo una opción terapéutica ampliamente aceptada y válida, la introducción de inhibidores de aromatasa de tercera generación ha posicionado a estos últimos como primera elección en el escenario metastásico en pacientes posmenopáusicas, a menos que se tenga antecedente de resistencia a la terapia hormonal o la paciente curse con enfermedad rápidamente progresiva o con condiciones que amenazan la vida. Luego de falla a inhibidores de aromatasa se recomienda considerar las opciones disponibles que incluyen otro inhibidor de aromatasa con mecanismo de acción diferente, Fulvestrant y Acetato de Megestrol. En mujeres premenopáusicas y perimenopáusicas con cáncer de mama metastásico receptor hormonal positivo o receptor desconocido se recomienda la supresión/ablación de la función ovárica en combinación con tamoxifeno como terapia de primera línea cuando no han recibido tratamiento previo con tamoxifeno (10).

Las políticas de salud de cada país deben velar por aumentar la cobertura del sistema y distribuir los recursos en salud para garantizar a la población femenina estrategias adecuadas y serias de tamización organizada, para tener diagnósticos más tempranos y tratamientos menos agresivos con mejores resultados en términos de recaídas y supervivencia. De la misma manera, deben garantizar a las pacientes con cáncer de mama el suministro y la formulación correcta de medicamentos de calidad y en el tiempo indicado, para evitar la discontinuación y mejorar la adherencia a los mismos.

Según los datos que fueron reportados por las IPS a las EAPB y estas a su vez a la CAC, del periodo de 02 de enero de 2019 a 01 de enero de 2020, se observa que en el 58% las pacientes recibieron terapia sistémica, sobreponiéndose el porcentaje frente al tratamiento con cirugía y radioterapia para el cáncer de mama, dentro de la terapia sistémica se incluye una gran variedad de medicamentos hormonales y quimioterapéuticos, que solo o en combinación son usados como terapia neoadyuvante, adyuvante o quimioterapia paliativa. Se presenta los medicamentos oncológicos ambulatorios indicados para el cáncer de mama, entre los medicamentos con una de las mayores frecuencias de uso se encontró el tamoxifeno, seguido de Letrozol y Anastrozol, todos indicados como terapia hormonal (4):

Tabla 1. Medicamentos oncológicos ambulatorios más utilizados en tratamiento del cáncer de mama (4)

Medicamento	Tipo de terapia	Presentación	Vía de administración
Tamoxifeno	Hormonal	Comprimidos 20 mg	Vía oral
Letrozol	Hormonal	Comprimidos 2,5 mg	Vía oral
Anastrozol	Hormonal	Comprimidos 1 mg	Vía oral
Exemestano	Hormonal	Comprimido 25 mg	Vía oral
Fulvestran	Hormonal	Jeringa precargada 250 mg	Intramuscular

Fuente: CAC

La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, unifico el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, fijo su precio máximo de venta, conforme al índice de precios al consumidor (58), en la tabla 2 se enlistan los medicamentos de mayor frecuencia de uso entre las pacientes encuestada con su precio máximo de venta, se hace la claridad que el medicamento tamoxifeno no fue incluido en el régimen de control directo de precios, puesto que forma parte de los servicios incluidos a cargo de la UPC, en el subgrupo de referencia ATC L02BA – anti estrógenos, por ello el precio de venta corresponde al precio comercial en una droguería de cadena del país (59).

Tabla 2. Medicamentos de mayor frecuencia de uso entre las pacientes encuestada con su precio máximo de venta

CUM	Medicamento	Precio Máximo de Venta	Circular de control directo	Fecha de entrada en vigencia
3299	Taxus - Tamoxifeno 20Mg/1U - Sólido-Oral x 30 - Tecnofarma	\$ 42.900	Precio comercial	Consultado 24/06/2021
223139-1	FEMARA - Letrozol 2,5mg/1U - Sólido - Oral x 30 – NOVARTIS	\$126.509,37	Circular 10 de 2020	28/03/2020
206742-1	ARIMIDEX - Anastrozol 1mg/1U - Sólido - Oral x 28 – ASTRAZENECA	\$146.722,35	Circular 10 de 2020	28/03/2020
19903238-1	AROMASIN - Exemestano 25mg/1U - Sólido - Oral x 15 – PFIZER	\$93.255,54	Circular 10 de 2020	28/03/2020

Fuente: Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (58)

### 3.4.2 Accesibilidad a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud da el enfoque administrativo a la presente propuesta de investigación, siendo una condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios, tiene en cuenta las siguientes dimensiones:

- Geográfica: En términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, entre otros.
- Económica: En términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.
- Cultural: En términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.
- Organizacional: En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios (42).

En la dimensión geográfica, la accesibilidad de un lugar se define en general como la mayor o menor facilidad con la cual ese lugar puede ser alcanzado a partir de uno o varios otros lugares, por uno o varios individuos susceptibles de desplazarse con la ayuda de todos o algunos de los medios de transporte existentes, la accesibilidad no se refiere sólo a la única posibilidad de alcanzar o no un lugar dado, sino que alude también a la peligrosidad del desplazamiento, a la dificultad de la puesta en relación, entendida la mayor parte de las veces por la medida de las tensiones espacio-temporales.

De ello se desprende que la accesibilidad depende, no solamente de la posición geográfica respectiva de los lugares de origen y de destino, sino también del nivel de servicios ofrecido por los sistemas de transporte utilizados para llevar a cabo el desplazamiento. En el caso de los transportes individuales, incluido también la marcha a pie, el nivel de servicios gira en función de la estructura de la red (sinuosidad y configuración de las vías); de la calidad de las infraestructuras, entendiendo por ello sus características técnicas (número y ancho de las vías, ordenamiento de los arcones, existencia de una separación central de las calzadas, etc.); de las reglamentaciones en vigencia (pico y placa); de las características técnicas del vehículo utilizado (haciendo un paralelismo con la marcha a pie, de la condición física del individuo); y de la congestión, que perturba el funcionamiento del sistema y hace variar de este modo la calidad del servicio, según los días del año y las horas de la jornada.

En cuanto a la dimensión económica, enmarca un aspecto muy importante en la accesibilidad a los servicios de salud, ya sea por un bajo nivel de ingresos económicos al hogar que no alcanza para cubrir las necesidades de los pacientes ante la atención de una enfermedad, como dinero para transportes, pago de cuotas moderadoras, etc., o por que pese a un nivel de ingresos medio o alto, la atención en salud es de alto costo o el tratamiento es prolongado, y resulta imposible o ruinoso asumir los servicios de salud como gasto de bolsillo, situaciones que puede ser particulares de cada paciente en el aspecto económico.

En lo que respecta específicamente a la accesibilidad de los medicamentos, depende del costo de adquisición que puede depender del sistema de distribución, un sistema de distribución con márgenes proporcionales fijos incita a los distribuidores a adquirir y distribuir medicamentos costosos; la reglamentación puede forzar a los distribuidores a que no elijan ellos mismos los medicamentos que van a distribuir (43).

La dimensión de accesibilidad organizacional está constituida por elementos claves que permiten elevar la calidad de los servicios médicos que se otorgan a la población, conocer el desempeño de las instituciones de salud, su modo operacional que trae consigo consecuencias notables en la productividad, satisfacción, compromiso y calidad de la atención al usuario.

### **3.4.3 Modelo atención de la EAPB**

A partir de las condiciones establecidas dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, que busca dar cumplimiento a los objetivos propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, es definido como un clúster articulado de prestadores de servicios de salud con una organización funcional en un componente de atención primaria y complementaria, bajo cuatro principios fundamentales:

- Disponibilidad
- Aceptabilidad
- Accesibilidad
- Calidad

que, sumado a los mecanismos de operación y gestión, así como de recursos humanos, técnicos, financieros y físicos, permitan garantizar la gestión adecuada de la atención y garantizar los resultados en salud esperados. En línea con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social en su Política de Atención Integral en Salud – PAIS (61), nace el modelo de atención basado en la conformación de redes integradas que tienen como uno de sus fines, el fortalecimiento de los diferentes niveles de atención y el mejoramiento de la satisfacción de la población; la importancia de crear las Redes Integradas de Servicios es garantizar la atención de una población de manera integral, frente a los servicios ambulatorios, hospitalarios, domiciliarios y de urgencias. Se plantean cuatro objetivos primordiales que deben ser asegurados por cada una de las redes establecidas:

1. Mejoramiento de la situación de salud de la población: busca mantener a los sanos, sanos; a los que presenten enfermedades agudas, recuperarlos rápidamente; y a los crónicos atenderlos de manera adecuada para que se controle la progresión de la enfermedad.
2. Mejoramiento de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud: mide la percepción que tienen los individuos sobre su estado de bienestar más allá del nivel de enfermedad.
3. Mejoramiento de la experiencia y aumento en la satisfacción de los usuarios.: busca que los afiliados se sientan satisfechos con la aseguradora que los protege y las IPS que los atiende.

4. Sostenibilidad financiera de las partes: aunque el modelo busca en esencia la prestación del servicio, es cierto que se desarrolla dentro de un modelo de aseguramiento basado en mercados, en donde los recursos asignados deben garantizar la sostenibilidad financiera tanto de la EPS, como de los miembros de la Red (8).

## **4.OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Determinar las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una empresa administradora de planes de beneficios de la regional Cali, en el año 2019.

### **4.2 Objetivos Específicos**

1. Describir las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama afiliadas a la aseguradora, durante el año 2019.
2. Estimar la frecuencia de uso de los medicamentos oncológicos ambulatorios de las pacientes con cáncer de mama en relación con las condiciones organizacionales, geográficas y económicas del suministro efectivo para el tratamiento.
3. Conocer las percepciones de las pacientes con cáncer de mama, frente al proceso administrativo definido por la empresa administradora de planes de beneficios, para el acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios.



## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo de estudio**

El presente trabajo de investigación se desarrolló a través de un estudio con enfoque cuantitativo, a través de un diseño observacional descriptivo, de corte transversal, se elijo este tipo de diseño que permitió observar datos de fuente secundaria como la Cuenta de Alto Costo - CAC de acuerdo con las variables definidas para establecer asociación estadística entre ellas. También se realizó un análisis de una fuente primaria a través de una encuesta que permitió identificar la percepción de las mujeres sobre el acceso, la oportunidad, las condiciones de suministro y uso de los medicamentos para el tratamiento ambulatorio de las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EAPB regional Cali, para el año 2019.

### **5.2 Área de estudio**

Se llevo a cabo con mujeres afiliadas a una EAPB regional Cali, de régimen contributivo y subsidiado, que fueron reportadas a la CAC con diagnóstico de cáncer de mama. Teniendo en cuenta que la tasa de incidencia y prevalencia de cáncer de mama en la EAPB de estudio ha superado la tasa nacional y concentra una de las mayores cargas oncológicas del país (8), este corresponde al área de provisión de servicios en el campo de administración en salud.

### **5.3 Población y muestra**

#### **5.3.1 Población de estudio**

Corresponde a las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, que se encuentran registradas en la CAC y con afiliación activa a la EAPB, quienes recibieron atención medica oncológica, entre el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del año 2019, en la regional Cali. La EAPB para periodo de estudio reporto 911 usuarias con diagnóstico de cáncer de mama, objeto de monitoreo por parte de la CAC (8).

#### **5.3.2 Muestra**

Para calcular el tamaño de muestra fue aplicada la siguiente formula, partiendo que se conoce el tamaño de la población (52):

$$n = \frac{N * Z^2 * p (1-p)}{e^2 (N-1) + Z^2 * p (1-p)}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población, que corresponde a 911 pacientes.

Z = Nivel de confianza, que corresponde a 95%.

e = Precisión absoluta, que corresponde al 5%.

p = Proporción esperada en la población, que corresponde a 0.5, dado que se desconoce la prevalencia poblacional y p = 0.5 maximiza el tamaño de la muestra.

Reemplazando los valores en la formula se obtuvo una muestra de 271 pacientes, seleccionadas a través de un muestreo aleatorio simple, donde todas las pacientes de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas, realizado en un documento de Excel, se adiciono una columna para asignar un consecutivo a cada línea de la base, y otra para columna para aplicar la formula ALEATORIO.ENTRE (valor inferior: valor superior) obteniendo el numero aleatorio en la primera celda, se copió y pego la primera celda en las demás celdas de la columna hasta completar la muestra de 271 pacientes.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes de régimen contributivo y subsidiado.
- Pacientes con estado de afiliación activo a la EAPB.
- Pacientes atendidas en la red de prestadores de la EAPB en la ciudad de Cali durante el periodo de estudio.
- Pacientes que recibieron como parte del plan terapéutico, tratamiento ambulatorio con medicamentos oncológicos.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes con alteración en la esfera mental, con alteraciones crónicas o graves que no permitan aplicar los instrumentos de recolección de datos.

- Pacientes con tratamiento oncológico intrahospitalario.

#### 5.4 Variables

Se midió la utilización de los medicamentos oncológicos ambulatorios como aproximación al acceso de los mismos, para ello se determinó las siguientes variables:

**Variable dependiente:** Corresponde al uso o no de los medicamentos oncológicos ambulatorios en pacientes con cáncer de mama.

**Variables independientes:** Corresponden a variables de proceso y resultado, siguiendo el modelo teórico de la accesibilidad a los servicios de salud Aday y Andersen, donde las variables de proceso se incluyen las características de los servicios y características de la población, y en las variables de resultado se incluyen la utilización real de los servicios y satisfacción del consumidor, tal como lo muestra la siguiente tabla:

Tabla 3. Operacionalización de variables de condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama de una EAPB

Variables	Definición operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad	Edad de la paciente en años cumplidos	Cuantitativa, Continua	Años	Base de datos CAC
Régimen de afiliación	Régimen en el cual se encuentra afiliada dentro del sistema de salud	Cualitativa, Nominal	Contributivo, subsidiado	Base de datos CAC
Rango de índice de base de cotización	Índice de base de cotización al SGSSS	Cuantitativa, Continua	1, 2, 3	Base de datos CAC
Municipio de residencia	Localidad en la que reside la paciente durante el tratamiento con medicamentos oncológicos	Cualitativa, Nominal	Nombre del municipio de residencia	Base de datos CAC
Estadio clínico de la enfermedad	Grado de afectación del cáncer de mama en la paciente, según clasificación TNM realizada por el médico tratante	Cualitativa, Ordinal	I, II, III, IV y V	Base de datos CAC
Nivel de escolaridad	Grado de preparación académica de la paciente	Cualitativa, Ordinal	Primaria, bachiller, universitario, postgrado	Encuesta

Estrato Socioeconómico	Clasificación de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos	Cualitativa, Ordinal	1, 2, 3, 4, 5, 6.	Encuesta
Planes adicionales de salud	Adquisición o presencia de planes complementarios de salud por la paciente para el tratamiento del cáncer de mama	Cualitativa, Nominal	Plan complementario de salud, Medicina Prepagada, Otros	Encuesta
Estado de salud percibido	Estado de salud que manifiesta la paciente frente a la enfermedad cáncer de mama	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, regular o mala	Encuesta
IPS oncológica	Instituciones prestadoras de salud que han realizado la atención medica de la consulta oncológica	Cualitativa, Nominal	Nombre de las IPS	Encuesta
Tiempo de autorización de la consulta oncológica	Número de días entre la formulación de la consulta por el medico hasta la autorización para la consulta por oncológica	Cuantitativa, Continua	Días	Encuesta
Tiempo de programación de la consulta oncológica	Número de días entre la autorización de la EAPB y la programación de consulta por oncológica en la IPS	Cuantitativa, Continua	Días	Encuesta
Medio de transporte para asistir a los servicios de salud	Medio de transporte utilizado con mayor frecuencia para asistir a los servicios de salud	Cualitativa, Nominal	Transporte masivo MIO, Carro particular, Moto, Taxi, Transporte intermunicipal, Caminando	Encuesta
Tiempo de distancia entre lugar de residencia y la IPS Oncológica	Tiempo de distancia del desplazamiento de la paciente desde su lugar de residencia hasta la IPS oncológica.	Cuantitativa, Continua	Minutos	Encuesta
Conocimiento del proceso administrativo de autorización de la EAPB de medicamento oncológico	Conocimiento por parte de la paciente del proceso administrativo para obtener la autorización de un medicamento oncológico ante la EAPB	Cualitativa, Nominal	Sí, No	Encuesta
Farmacias de medicamentos oncológicos ambulatorios	Farmacia que ha dispensado los medicamentos oncológicos ambulatorios	Cualitativa, Nominal	Nombre de las IPS	Encuesta

Tiempo de autorización y entrega de medicamentos	Número de días entre la prescripción del medicamento, autorización hasta la entrega del medicamento en la farmacia a la paciente	Cuantitativa, Continua	Días	Encuesta
Tiempo de distancia entre lugar de residencia y la farmacia	Tiempo de distancia del desplazamiento del usuario desde su lugar de residencia hasta la farmacia	Cuantitativa, Continua	Minutos	Encuesta
Tiempos de Espera en la farmacia	Promedio del tiempo de espera para recibir los medicamentos oncológicos autorizados en la farmacia, desde el momento de llegada a la farmacia hasta que obtiene los medicamentos	Cuantitativa, Continua	Minutos	Encuesta
Medicamento oncológico prescrito	Nombre de medicamento oncológico prescrito por el médico tratante	Cualitativa, Nominal	Nombre del medicamento	Encuesta
Mecanismos de entrega de medicamento ambulatorio Oncológico	Sistema o mecanismo utilizado por la EAPB para la entrega de los medicamentos oncológicos a la paciente, su familia o cuidador	Cualitativa, Nominal	IPS oncológica, Farmacia asignada, Domicilio, Otro	Encuesta
Pago de cuota moderadora por medicamentos oncológicos	Pago de cuota moderadora, para obtener los medicamentos oncológicos, por la paciente o su familia	Cualitativa, Nominal	Sí, No	Encuesta
Gasto por medicamentos oncológicos	Pago de forma particular, para obtener los medicamentos oncológicos, por la paciente o su familia	Cualitativa, Nominal	Sí, No	Encuesta
Valor pagado mensual por medicamentos oncológicos	Recurso económico gastado de forma particular para obtener una vez los medicamentos oncológicos ambulatorios del tratamiento de su enfermedad	Cuantitativa, Continua	Pesos	Encuesta
Frecuencia de gasto en medicamentos oncológicos	Número de veces que el paciente y su familia han debido comprar de su bolsillo algún medicamento oncológico durante su tratamiento	Cuantitativa, Discreta	1,2,3,4, etc.	Encuesta
Gasto en transporte para obtener los medicamentos oncológicos	Recurso económico gastado en medios de transporte para obtener los medicamentos oncológicos	Cuantitativa, Continua	Pesos	Encuesta

Relación con el médico tratante	Empatía con el médico tratante en la consulta y durante todo el tratamiento para la atención del cáncer de mama	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, deficiente, mala	Encuesta
Atención recibida en autorizaciones	Percepción de la paciente frente a la atención recibida en la EAPB, durante el proceso de autorización de medicamentos oncológicos	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, deficiente, mala	Encuesta
Atención recibida en la atención de la farmacia	Percepción de la paciente frente a la atención recibida en la farmacia, mientras ha solicitado entrega de medicamentos oncológicos	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, deficiente, mala	Encuesta
Información recibida sobre el tratamiento del cáncer de mama	Información brindada a la paciente frente al tratamiento del cáncer de mama por la EPS, IPS y la farmacia	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, deficiente, mala	Encuesta
Percepción del tratamiento oncológico en general	Percepción de la paciente frente al producto del tratamiento oncológico recibido por los actores del sistema de salud	Cualitativa, Ordinal	Excelente, buena, deficiente, mala	Encuesta
Dificultades percibidas durante el tratamiento oncológico	Dificultades percibidas por la paciente para obtener el tratamiento oncológico	Cualitativa, Nominal	Pago de cuotas moderadoras, Gasto en transporte, Tiempo invertido en la reclamación, Trámites administrativos, Otras o Ninguna	Encuesta

Fuente: Autora del trabajo

## 5.5 Recolección de información

El reporte de cáncer para la Cuenta de Alto Costo se realiza por cada EAPB una vez al año, se presenta posterior al periodo reportado, con un plazo máximo hasta el mes de mayo, e incluye información de todos los tipos de cáncer de la población afiliada, este reporte de información se realiza de acuerdo con lo dispuesto en la resolución 0247 de 2014 y contiene 134 variables, fue solicitado a la EAPB la base de datos reportada a la Cuenta de Alto Costo para el año 2019, según los siguientes códigos CIE-10, que abarcan esta enfermedad:

C500 Tumor maligno del pezón y areola mamaria

C501 Tumor maligno de la porción central de la mama

- C502 Tumor maligno del cuadrante superior interno de la mama
- C503 Tumor maligno del cuadrante inferior interno de la mama
- C504 Tumor maligno del cuadrante superior externo de la mama
- C505 Tumor maligno del cuadrante inferior externo de la mama
- C506 Tumor maligno de la prolongación axilar de la mama
- C509 Tumor maligno de la mama, parte no especificada
- D057 Otros carcinomas in situ de la mama
- D059 Carcinoma in situ de la mama, parte no especificada
- D050 Carcinoma in situ lobular
- D051 Carcinoma in situ intracanalicular

Obteniendo una base conformada por 911 usuarias con diagnóstico de cáncer de mama, objeto de monitoreo por parte de la CAC, la cual aporó datos de identificación, demográficos, socioeconómicos y clínicos, que permitieron realizar una caracterización de la población de estudio, en la base de datos fueron reemplazados los datos de identificación de las pacientes que incluyó nombres, apellidos y número de identificación, por un código denominado CAM+número consecutivo, garantizando la confidencialidad de la información.

Para describir las dimensiones de accesibilidad del orden organizacional, geográfico y económico, así como las percepciones de las pacientes con cáncer de mama, frente al proceso administrativo definido por la EAPB, para el acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios, se obtuvo la información de la fuente directa que son las pacientes con cáncer de mama, dado la base de datos descrita no tenía el alcance, por ello se aplicó a la muestra del estudio, previo consentimiento informado (ver anexo 1), una encuesta.

La encuesta estuvo compuesta por 25 preguntas cerradas, para su aplicación se optó por la llamada telefónica usando una aplicación grabadora de voz en segundo plano, donde quedo registrada la aceptación y firma del consentimiento informado por parte de la paciente, posterior a obtener el consentimiento informado se pasó a la aplicación de la encuesta durante la misma llamada telefónica, pasos llevados a cabo según el proceso operativo estandarizado de la llamada telefónica estructurado para el fin:

1. Inicio de la llamada telefónica donde se contacta a la paciente
2. Saludo a la paciente
3. Presentación de la investigadora
4. Presentación del estudio
5. Verificación deseo de participación a la paciente
6. Solicitud de autorización para la grabación de la llamada telefónica
7. Solicitud de presencia de un testigo para la lectura del consentimiento informado
8. Lectura del consentimiento informado
9. La usuaria da su nombre, apellido e identificación que confirma el consentimiento informado
10. El testigo da su nombre, apellido e identificación que confirma la participación como testigo dentro del consentimiento informado.
11. Agradecimiento al testigo por su participación y se da lugar al retiro del mismo de la llamada telefónica
12. Continuación en contacto con la paciente para la aplicación de la encuesta
13. Lectura a cada una de las preguntas de la encuesta
14. Obtiene respuesta a cada pregunta de la encuesta
15. Finalización de la encuesta
16. Finalización de la grabación de la llamada telefónica
17. Agradecimiento a la paciente y despedida
18. Terminación de la llamada telefónica

Diseño del instrumento: La encuesta se diseñó con base al marco teórico donde se adoptó la teoría de accesibilidad de Aday y Andersen, se compone de preguntas clave que contienen las variables de interés para el estudio y que se incluyen en la operacionalización de las variables. Para validar las preguntas y respuestas de la encuesta se realizó una prueba piloto, que fue aplicada a un número equivalente al 5% de la muestra del estudio, en una población similar de mujeres que no pertenece a la población de estudio, logrando un ajuste de las preguntas, afinación del lenguaje y redacción, e instrumento final para la recolección de datos (ver anexo 2).



## **5.6 Plan de análisis**

Para el desarrollo del plan de análisis se construyó en el programa de hola electronica, una base de datos con la información obtenida de la base de datos de la cuenta de alto costo-CAC otorgado por la EAPB y la información recolectada de las encuestas, a partir del formulario original, se realizó el análisis de la información para cada uno de los eventos de interés, así como el cruce de variables en el mismo programa.

La descripción de las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama afiliadas a la aseguradora, se realizó a través de un análisis descriptivo presentado mediante tablas de frecuencia.

La prevalencia de uso de medicamentos oncológicos ambulatorios de las pacientes con cáncer de mama, con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, se realizó a través de un análisis de tablas cruzadas entre el uso de medicamentos y cada una de las variables independientes como son condiciones organizacionales, geográficas y económicas, este cruce de variables se complementó con la prueba de asociación estadística Chi cuadrado, a un nivel de significancia del 5%.

La descripción de las percepciones de las pacientes con cáncer de mama, frente al proceso administrativo y logístico definido por la EAPB, para el acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios, se realizó a través de un análisis descriptivo presentado mediante tablas de frecuencia.

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en pacientes con cáncer de mama de una EAPB Regional Cali, año 2019, a través de un estudio con enfoque cuantitativo, diseño observacional descriptivo y de corte transversal, es llevado a cabo en una EAPB, donde se obtuvo el aval por parte de su comité de ética realizado el 17 de septiembre de 2020, que otorgo la autorización para el uso de la base de datos de la Cuenta de Alto Costo de pacientes oncológicas, específicamente con diagnóstico de cáncer de mama de la ciudad de Santiago de Cali en el año 2019. La base otorgada por la EAPB consta de 911 pacientes, donde a través de un muestreo aleatorio simple se obtuvo la muestra del estudio conformada por 271 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, mayores de edad, que residen en la ciudad de Cali y son objeto de monitoreo por parte de la Cuenta de Alto Costo; con el aval del comité institucional de revisión de ética humana (CIREH), se continuo el desarrollo de la investigación para entrega del informe y finalmente la sustentación.

El estudio tiene en cuenta las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 (modificada en 1993) y la resolución 8430 de 1993 (53) del Ministerio de Salud de Colombia, que clasifica esta investigación con riesgo mínimo, según lo enunciado en el literal B del artículo 11, puesto que se pretende emplear métodos de investigación documental retrospectivos, mediante la revisión de base de datos de la cuenta de alto costo y aplicación de una encuesta, en las que no se manipulará la conducta del sujeto, pero al entrar en contacto con la población a estudio puede existir riesgo psicosocial.

El aspecto psicológico de las pacientes tuvo una afectación dado que se trajo a la memoria un recuerdo del tratamiento de la enfermedad que es el cáncer de mama, pero en función de la atención no tuvo ninguna implicación de afectación, ni positiva ni negativamente, puesto que la participación en el estudio no ayudo a una atención en salud rápida, ni mejor, de igual formar no se vio afectada ni dejo de ser atendida por su IPS o EAPB, ahora el riesgo psicosocial en las pacientes participantes fue razonable con relación a los beneficios para ellas, puesto que los resultados de la investigación sirven como sustrato para la construcción

de mejoras en el modelo de prestación de servicios de salud de las EAPB a nivel local y regional, que beneficia así a la comunidad de pacientes con cáncer de mama en curso de un tratamiento oncológico; los datos del acceso obtenidos desde la perspectiva de las paciente permite suplir las necesidades encontradas, llegando a mejorar la satisfacción del usuario, adicionalmente los resultados van dirigidos a sentar precedentes frente al acceso de los medicamentos oncológicos en paciente con cáncer de mama, puesto que a nivel local y regional no se encuentra evidencia al respecto.

En el capítulo de metodología, específicamente en recolección de información, se encuentra descrita detalladamente el proceso y la manera como la investigadora abordó a las pacientes participantes, como se firmó el consentimiento informado y como se obtuvo la firma del testigo a través de la llamada telefónica.

El consentimiento informado (ver anexo 1), obtuvo previo a la aplicación de la encuesta (ver anexo 2), la investigadora principal fue la encargada de obtener el consentimiento informado de las pacientes con un testigo a través de llamada telefónica, donde se contextualizó, leyó y explicó el consentimiento informado, que autorizó la participación en la investigación, bajo pleno conocimiento de los objetivos, propósitos, naturaleza, procedimientos, beneficios y responsabilidades del estudio, resaltando que la participación es a libre elección, voluntariamente, y sin ningún tipo de dependencia, favorecimiento o privilegio en la atención en salud, así como ascendencia o subordinación hacia el investigador.

La investigadora para el estudio garantizó el anonimato y confidencialidad de las pacientes participantes de la siguiente manera: en la base de datos otorgada y la encuesta se eliminó los datos de identificación, como nombre, apellidos e identificación y fue reemplazado por codificaciones; así mismo garantizó el anonimato y confidencialidad de la EAPB de la siguiente manera: en la base de datos otorgada fue eliminada información como logos y nombre de la EAPB, no fue entregada la base de datos a terceros, no se reveló en el escrito final, ni en publicaciones futuras el nombre de la EAPB en estudio.

La información obtenida en el curso de la investigación en la recolección y análisis de información, solo fue usada para este estudio y no podrá ser usada para otros estudios sin previa autorización de las pacientes participantes, así mismo la información obtenida ha sido encriptada y conservada en el computador personal de la investigadora que solo está bajo su custodia y contiene clave de acceso, el proceso de los datos estuvo a cargo de la investigadora principal, el director solo conoce la información analizada, no la información de origen, la investigadora protegerá la información hasta que se obtenga el aprobado del trabajo de investigación, posterior a ello se eliminara la información recolectada.

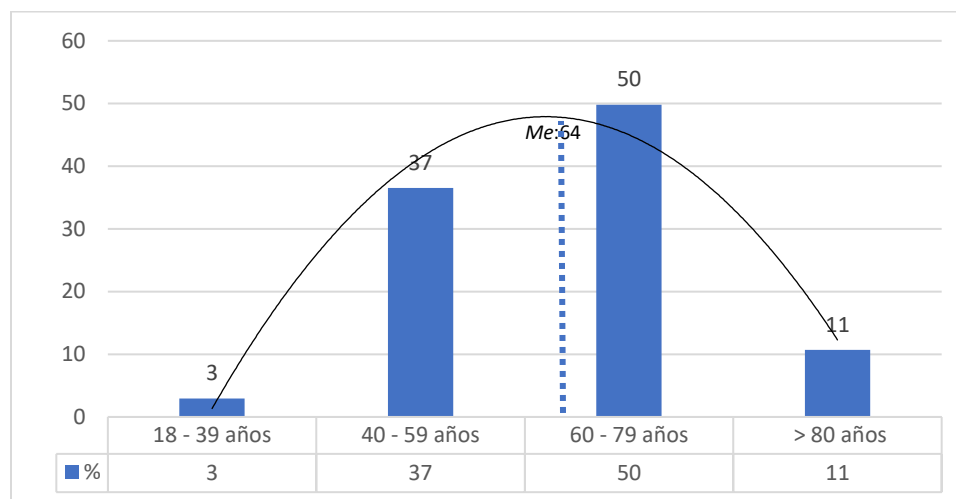
Se declara conflicto de interés por parte de la investigadora, quien labora en la EAPB, en un área diferente a la de alto costo, donde no tiene conocimiento ni acceso a la información de las cortes oncológicas, ni existe influencia jerárquica.

## 7. RESULTADOS

Para facilitar la comprensión del análisis, se presentan los resultados según el orden de los objetivos específicos.

### 7.1 Resultados del objetivo específico 1

La información para la descripción de los resultados de las características demográficas, condiciones de la enfermedad y afiliación de la población del estudio, se obtuvieron de la base de datos otorgada por la EAPB, con la cual se definió la muestra del estudio que se conformó por 271 pacientes, del universo de 911 pacientes, encontrando los siguientes resultados:



Gráfica 10. Distribución de la variable edad

Fuente: Datos propios del estudio

El 3% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que recibieron atención médica oncológica se encuentran en el rango de edad de 18- 39 años, el 37% en el rango de 40-59 años, el 50% en el rango de 60 a 79 años, y el 11% en el rango de >80 años; la mediana estuvo en 64 años, lo cual representa que la mitad de la muestra de las pacientes tenía 64 años o menos y la otra mitad de las pacientes tenía 64 años o más.

Tabla 4. Descripción de la variable régimen de afiliación de la EAPB

<b>Régimen de afiliación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Contributivo	263	97
Subsidiado	8	3
Total	271	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 97% de las pacientes pertenecen al régimen contributivo, mientras que el 3% se encuentran en el régimen subsidiado.

Tabla 5. Descripción de la variable rango de índice de base de cotización – IBC según afiliación

<b>Rango de IBC</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Rango 1	202*	75
Rango 2	36	13
Rango 3	33	12
Total	271	100

Fuente: Datos propios del estudio

\*Las pacientes afiliadas a la EAPB en régimen subsidiado están integradas en este rango

La tabla 4 muestra la distribución de las pacientes según el rango de índice de base de cotización, donde el rango 1 predominó con el 75 %, continúa el rango 2 con un 13 % y el rango 3 aportó el 12% restante.

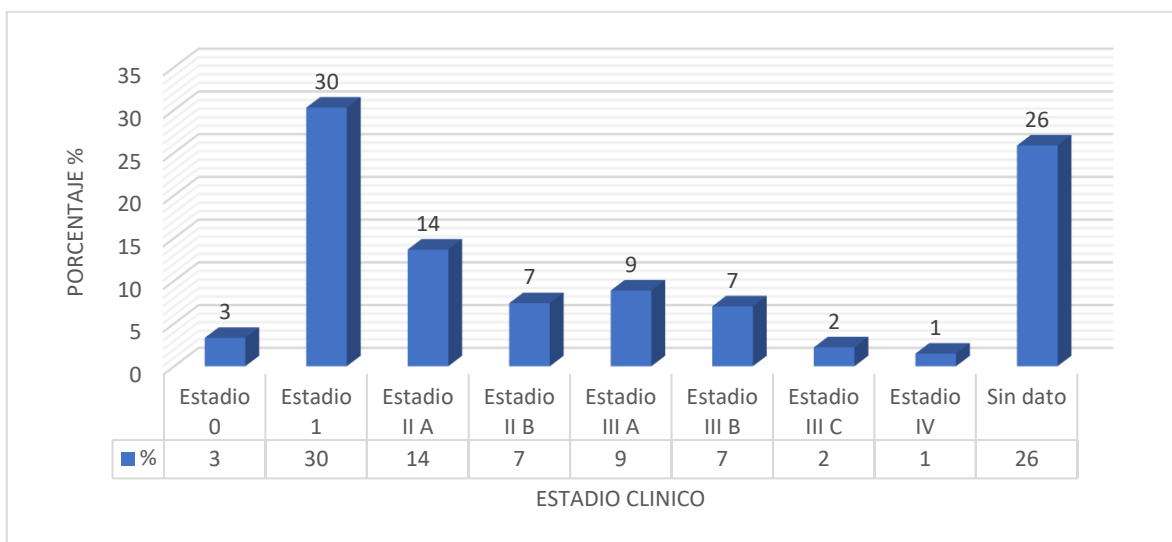
Tabla 6. Descripción de la variable municipio de residencia

<b>Municipio de residencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Cali	254	94
Jamundí	9	3
Pradera	2	1
Guacarí	1	0
Palmira	1	0
Santander de Quilichao	1	0
Tuluá	1	0
Candelaria	1	0
Yumbo	1	0
Total	271	100

Fuente: Datos propios del estudio

La regional Cali tiene un rango de cobertura que incluso puede atender pacientes de otros municipios aun fuera del valle del Cauca como Santander de Quilichao por su proximidad con la ciudad de Cali. Este análisis muestra que el 94% de las pacientes atendidas por la

EAPB reside en el municipio de Cali, el 3% en el municipio de Jamundí, el 1% en el municipio de Pradera y el 2% restante de las pacientes residen en municipios aledaños (Guacarí, Palmira, Santander de Quilichao, Tuluá, Villa gorgona y Yumbo).



Gráfica 11. Distribución según Estadio Clínico de la enfermedad

Fuente: Datos propios del estudio

Según la distribución por Estadio Clínico del cáncer de mama, se observa que el Estadio 0 estuvo presente en el 3% de las pacientes, el Estadio I en el 30 % de las pacientes, el Estadio IIA en el 14 % de las pacientes, los Estadios clínicos IIB y IIIB aporta cada uno el 7%, el 9% de las pacientes presentó un estadio IIIA, los estadios IIIC y IV, representaron el 2% y 1% respectivamente, finalmente en el 26% de las pacientes no reporta dato, lo cual es de gran importancia para las conclusiones de este estudio.

Tabla 7. Descripción de la variable estado de afiliación

Estado de afiliación	Frecuencia	%
Activa	258	95
Retirada	8	3
Fallecida	5	2
Total	271	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 95% que representa 258 pacientes cuenta con un estado de afiliación activa a la EAPB, un 3% que representa 8 pacientes se encuentran con estado de afiliación retirada de la EAPB y finalmente el 2% que representa 5 pacientes fallecieron.

La muestra del estudio inicialmente fue de 271 pacientes, de las cuales 258 pacientes se encontraban en estado de afiliación activo a la EAPB en la base de datos al año 2021, ya que 8 pacientes se encontraban en estado retirado de la EAPB y 5 pacientes habían fallecido entre el periodo del 2019 y 2021, esta validación fue realizada en la Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDUA-SGSSS ([Consulta Afiliados BDUA \(adres.gov.co\)](http://adres.gov.co)).

A las 258 pacientes se les aplico el proceso operativo estandarizado de la llamada telefónica, para el respectivo contacto y aceptación en la participación de la encuesta y el consentimiento informado. Se logró contactar al 71.4% de las pacientes que corresponde a 184 mujeres, de las cuales, 76 mujeres no aceptaron participar de la encuesta y 8 mujeres fueron excluidas porque su tratamiento no fue farmacológico. El 28.7% restante de las pacientes que corresponde a 74 mujeres, no se logró un contacto efectivo, por los siguientes motivos: número errado, fallas de conexión, no disponibles; al final del proceso de contacto se logró la aceptación del consentimiento informado y participación de la encuesta completa de 100 mujeres que respondieron completamente la encuesta, información visible en la tabla 9.

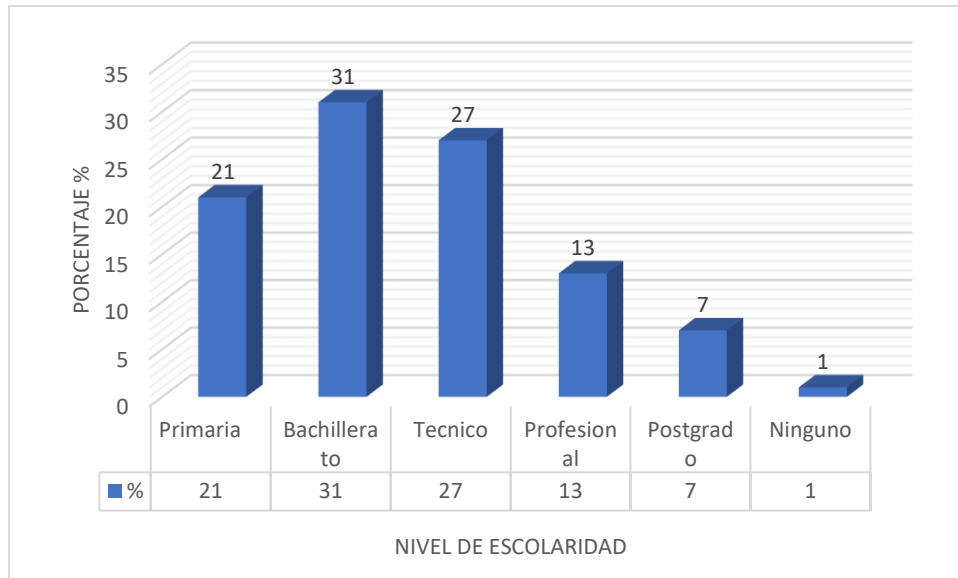
Tabla 8. Resultados del proceso operativo estandarizado de la llamada telefónica para la aplicación de la encuesta

<b>Llamada telefónica para aplicación de la encuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Contacto efectivo (aceptan participar, encuesta completa)	100	38,8
Contacto y no aceptan participar en la encuesta	76	29,5
No contacto efectivo	74	28,7
Contacto y excluidas de la encuesta por tratamiento no farmacológico	8	3,1
Total	258	100

Fuente: Datos propios del estudio

Las siguientes características socioeconómicas son resultado del análisis de las encuestas realizadas a las 100 mujeres con las que se logró el contacto efectivo, por lo tanto, aquí reportados solo expresa las condiciones de estas mujeres, obteniendo los siguientes resultados:

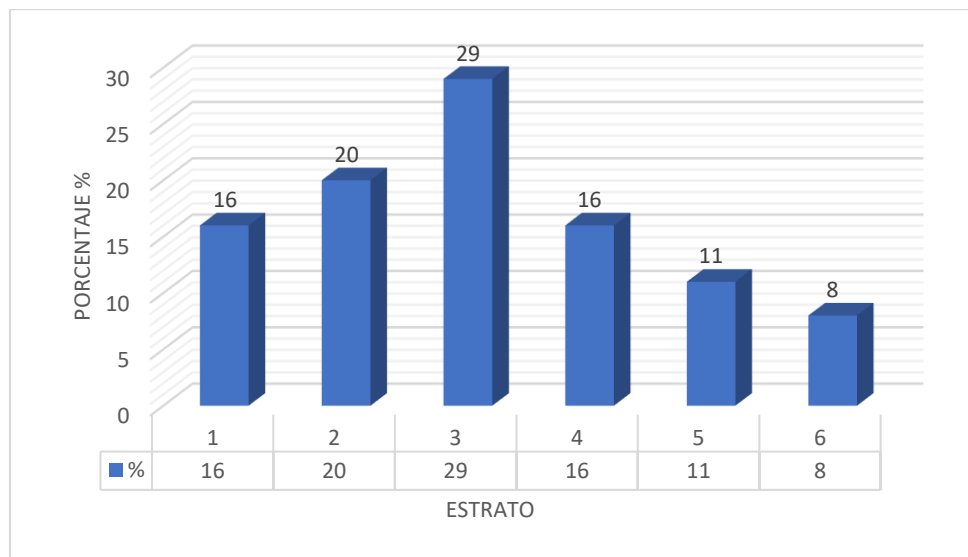




Grafica 12. Distribución de la variable nivel de escolaridad

Fuente: Datos propios del estudio

El 21% de las pacientes cursaron primaria, el 31% el bachillerato, el 27% un técnico, el 13% fueron profesionales, el 7% conto con un postgrado, finalmente se observa que el 1% de las pacientes no curso ningún nivel de escolaridad.

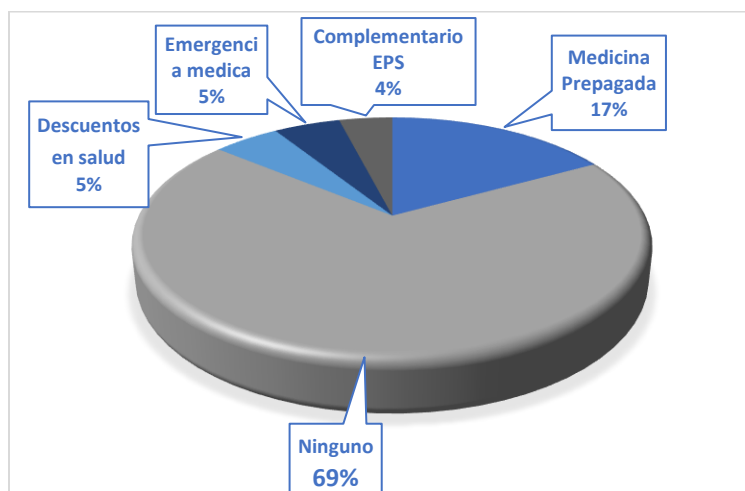


Grafica 13. Distribución de la variable estrato socioeconómico

Fuente: Datos propios del estudio

El 29% de las pacientes se ubicó en el estrato 3, representando la mayor cifra, el 20% de las pacientes en estrato 2, para el estrato 1 y 4 cada categoría presento el 16% en estrato 1 y 4 el 8% en el estrato 2, el 11% pertenece al estrato 3, el 6% pertenece al estrato 4, el 4% pertenece

al estrato 5 y el 3% de las pacientes se ubica en el estrato 6, adicionalmente en el 62% de las pacientes se desconoce el dato.



Grafica 14. Distribución de la variable planes adicionales en salud

Fuente: Datos propios del estudio

El 69% de las pacientes no contaban con un plan adicional en salud, el 17% tenían medicina prepagada, el plan de descuentos en salud y de emergencia médica aportaron cada uno un 5% y el 4% tenían plan complementario EPS.

Tabla 9. Descripción de la variable estado de salud percibido

Estado de salud percibido	Frecuencia	%
Excelente	19	19
Bueno	62	62
Regular	17	17
Malo	2	2
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El estado de salud del 19 % de las pacientes fue percibido como excelente, el 62% como bueno, el 17 como regular y 1% de las pacientes percibieron su estado de salud como malo.

## 7.2 Resultados del objetivo específico 2

A continuación, se describe las variables según las condiciones organizacionales, geográficas y económicas, que dan lugar a estimar la frecuencia de uso de los medicamentos oncológicos

ambulatorios de las pacientes con cáncer de mama, para ello se realizó un análisis univariado y posteriormente un análisis bivariado.

## 7.2.1 Análisis un variado

### 7.2.1.1 Condiciones Organizacionales

Tabla 10. Descripción de la variable IPS oncológica de atención

IPS oncológica	Frecuencia	%
Hematooncologos	79	79
Imbanaco	15	15
FVL	6	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 79% de las pacientes recibió atención medica oncológica en la IPS Hematooncologos, el 15% en Imbanaco, el 6% en FVL.

Tabla 11. Descripción de la variable tiempo de autorización de la consulta oncológica

Intervalo de tiempo en días	Frecuencia	%
1 a 30 días	77	77
31 a 60 días	4	4
61 a 90 días	8	8
> 120 días	7	7
Sin dato	4	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

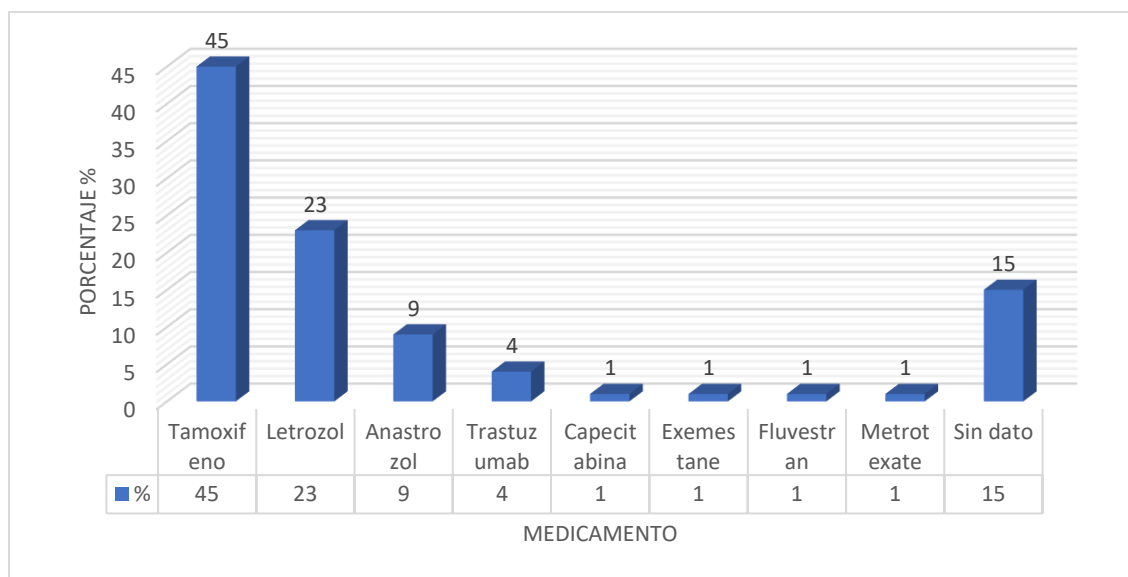
El 77% de las pacientes manifestó que las consultas por oncología clínica fueron autorizadas dentro del intervalo de tiempo de 1 a 30 días, el 4% dentro de los 31 a 60 días, el 8% de 61 a 90 días, el 7 % mayor a 120 días y finalmente el 4% no cuenta con dato.

Tabla 12. Descripción de la variable tiempo de programación de la consulta oncológica

Intervalo de tiempo en días	Frecuencia	%
1 a 30 días	87	87
31 a 60 días	4	4
61 a 90 días	2	2
> 120 días	2	2
Sin dato	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 87% de las pacientes manifestó que las consultas por oncología clínica fueron programadas dentro del intervalo de tiempo de 1 a 30 días, el 4% dentro de los 31 a 60 días, el 2% dentro de los 61 a 90 días, el 2 % mayor a 120 días y finalmente el 5% no cuenta con dato.



Grafica 15. Distribución de la variable medicamento oncológico prescrito

Fuente: Datos propios del estudio

El medicamento con mayor porcentaje de prescripción fue el tamoxifeno con el 45%, seguido del letrozol con el 23%, Anastrozol con el 9%, Trastuzumab con el 4%, Capecitabina, Exemestane, Fluvestran y Metrotexate con porcentajes mínimos del 1% cada uno, finalmente el 15 % de los casos no tuvo dato.

Tabla 13. Descripción de la variable tiempo de autorización de medicamento oncológico

Días	Frecuencia	%
1 a 5 días	61	61
6 a 10 días	24	24
> 10 días	14	14
Sin dato	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 61% de las pacientes manifestó que la autorización del medicamento oncológico estuvo dentro del intervalo de tiempo de 1 a 5 días, el 24% de 6 a 10 días, el 14% mayor a 10 días y finalmente el 1% no cuenta con dato.

Tabla 14. Descripción de la variable farmacias de medicamentos oncológicos ambulatorios

<b>Farmacia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Hematooncologos	87	87
Particular	6	6
Imbanaco	2	2
Audifarma	2	2
Unicancer	2	2
FVL	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

Al 87% de las pacientes fue dispensado el medicamento oncológico ambulatorio en la IPS Hematooncologos, el 6% lo consiguió en una farmacia de forma particular asumiendo su costo, las farmacias de Imbanaco, Audifarma y Unicáncer aportaron un 2% cada una y el 1% la farmacia de FVL.

Tabla 15. Descripción de la variable tiempos de espera en la farmacia para reclamar el medicamento

<b>Intervalos de tiempo en minutos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0 a 15 minutos	21	21
16 a 30 minutos	37	37
31 a 45 minutos	4	4
> 45 minutos	30	30
Sin dato	8	8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 21% de las pacientes mencionaron que para la entrega de los medicamentos oncológicos en la farmacia debieron esperar un tiempo estimado entre 0 a 15 minutos, el 37% menciona que entre 16 a 30 minutos, el 4% de 31 a 45 minutos, el 30% refirió que mayor a 45 minutos y el 8% no cuenta con dato.

Tabla 16. Descripción de la variable conocimiento del proceso administrativo de autorización de la EAPB de medicamento oncológico

<b>Conocimiento del proceso administrativo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	90	90
Si	10	10
<b>Total</b>	<b>271</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 90% de las pacientes mencionaron no conocer el proceso administrativo que realiza EAPB para la autorización de los medicamentos oncológicos, mientras que el 10% de las pacientes refirieron si conocer dicho proceso administrativo.

### 7.2.1.2 Condiciones Geográficas

Tabla 17. Descripción de la variable medio de transporte para asistir a los servicios de salud

<b>Medio de transporte</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Carro particular	35	35
Taxi	29	29
Transporte masivo (MIO)	25	25
Moto	5	5
Transporte intermunicipal	4	4
Caminando	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 35 % de las pacientes utilizó como medio de transporte carro particular para asistir a los servicios de salud durante su tratamiento oncológico, el 29% se transportó en taxi, el 25% en transporte masivo (MIO), el 5% en moto, el 4% en transporte intermunicipal, el 2% de las pacientes de movilizo caminando.

Tabla 18. Descripción de la variable tiempo de distancia entre el lugar de residencia y la IPS oncológica

<b>Intervalo de tiempo en minutos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 30 minutos	57	57
31 a 60 minutos	29	29
61 a 90 minutos	11	11
> 91 minutos	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 57% de las pacientes tardo entre 1 a 30 minutos para desplazarse desde su lugar de residencia hasta la IPS de atención medica oncológica, el 29% de las pacientes tardo entre 31 a 60 minutos, el 11% de las pacientes tardo entre 61 a 90 minutos y el 3% de las pacientes tardo > 90 minutos en desplazamiento para recibir atención médica oncológica.

Tabla 19. Distribución de tiempo de distancia entre lugar de residencia y la farmacia

<b>Intervalo de tiempo en minutos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 30 minutos	50	50
31 a 60 minutos	32	32
61 a 90 minutos	10	10
> 91 minutos	3	3
Sin dato	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 50% de las pacientes tardo entre 1 a 30 minutos para desplazarse desde su lugar de residencia hasta la farmacia donde le dispensaban el medicamento oncológico, el 32% de las pacientes tardo entre 31 a 60 minutos, el 10% de las pacientes tardo entre 61 a 90 minutos, el 3% de las pacientes tardo > 90 minutos en desplazamiento para recibir atención médica oncológica y el 5% no cuenta con dato.

Tabla 20. Descripción de la variable mecanismos de entrega del medicamento oncológico

<b>Mecanismo de entrega del medicamento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
IPS Oncológica	90	90
Farmacia habitual	2	2
Domicilio	0	0
Otro	6	6
No recuerda	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 90% de las pacientes menciona que el mecanismo de entrega del medicamento oncológico fue realizado en la IPS oncológica en el año 2019, el 2% mencionaron que fue dispensado en la farmacia habitual, ninguna paciente menciona haber recibido el medicamento en el domicilio, el 6% de las pacientes menciona que adquirió los medicamentos en una farmacia particular por ello se incluyó en la categoría de otro y el 2% de las pacientes no recuerda la farmacia.

### 7.2.1.3 Condiciones Económicas

Tabla 21. Descripción de la variable pago de cuota moderadora por medicamentos

<b>Pago de cuota moderadora</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	67	67
Si	32	32
No recuerda	1	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 67 % de las pacientes menciono que no realizo pago de cuotas moderadoras para reclamar los medicamentos oncológicos, mientras que el 32% menciono que, si lo hizo, el 1% de las pacientes menciono no recordar el dato.

Tabla 22. Descripción de la variable gasto por medicamentos oncológicos

<b>Gasto por medicamentos oncológicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
No	52	52
Si	48	48
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 52 % de las pacientes menciono que no realizo gasto por medicamentos oncológicos, mientras que el 48% menciono que si incurrió en gasto como gasto de bolsillo para dar continuidad al tratamiento oncológico ordenado por el médico tratante.

Tabla 23. Descripción de la variable valor pagado mensual por medicamentos oncológicos

<b>Intervalo de gasto por medicamentos oncológicos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 50000	25	52
50001 a 100000 pesos	18	38
100001 a 150000 pesos	0	0
>150001 pesos	1	2
No recuerda	4	8
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 52% de las pacientes mencionaron que mensualmente debieron asumir un gasto de forma particular por un medicamento oncológico gastando entre 1 y 50000 pesos, el 38% entre 50001 a 100000 pesos, ninguna paciente menciono un intervalo entre 100001 a 150000 pesos, el 2% gasto una cifra mayor a 100000 pesos, y el 8% de las pacientes no recuerda la suma gastada.



Tabla 24. Descripción de la variable número de veces que asumió la compra del medicamento oncológico

<b>Número de veces que asumió el medicamento como gasto de bolsillo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 10 veces	36	75
11 a 20 veces	2	4
21 a 30 veces	2	4
> 30 veces	5	10
No recuerda	3	6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 75% de las pacientes menciono que asumió el gasto de medicamentos oncológicos durante todo su tratamiento entre 1 a 10 veces, el 4% para cada uno de los intervalos entre 11 a 20 veces y 21 a 30 veces, el 10% asumió gastos por más de 30 veces, y el 6% de las pacientes no recuerda el número de veces.

Tabla 25. Descripción de la variable gasto en transporte para obtener los medicamentos oncológicos

<b>Gasto en transporte</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Si	98	98
No	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 92 % de las pacientes menciono que tuvo que incurrir en gastos de transporte para obtener los medicamentos oncológicos, mientras que el porcentaje restante 2% menciono lo contrario.

Tabla 26. Descripción de la variable valor de gasto en transporte para obtener los medicamentos oncológicos

<b>Intervalo de gasto en transporte</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
1 a 10000 pesos	40	41
10001 a 20000 pesos	22	22
20001 a 30000 pesos	9	9
> 30001 pesos	10	10
No recuerda	17	17
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fuente: Datos propios del estudio

El 41% de las pacientes mencionaron que asumieron gastos en transporte entre 1 a 10000 pesos para obtener medicamentos oncológicos, el 22% entre 10001 y 20000 pesos, el 9%

entre 20001 a 30000 pesos, el 10% gastó una cifra mayor a 30001 pesos, y el 17% de las pacientes no recuerda la suma gastada.

### 7.2.2 Análisis bivariado

A continuación, se estimó la frecuencia de los medicamentos oncológicos con relación a las condiciones geográficas, económicas y organizacionales.

Tabla 27. Descripción del cruce de variables frecuencias de edad vs régimen de afiliación

Frecuencias Observadas			Frecuencias Esperadas			Dispersión			
Edad	Contributivo	Subsidiado	Subtotales	Contributivo	Subsidiado	Subtotales	Contributivo	Subsidiado	Subtotales
35-59 años	37	4	41	38,13	2,87	41	0,03	0,44	0,48
60-74 años	37	1	38	35,34	2,66	38	0,08	1,04	1,11
75-90 años	19	2	21	19,53	1,47	21	0,01	0,19	0,21
<b>Totales</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,12</b>	<b>1,67</b>	<b>1,8</b>

Fuente: Datos propios del estudio

De las 100 pacientes 93 pertenecen al régimen contributivo y 7 al régimen subsidiado, por tanto, el resultado obtenido tenderá a las características de este régimen. En la tabla se observa que la mayoría de las pacientes se encontraban en edades entre 35-59 años representada por 37 mujeres y entre 60-74 años representadas por 37 mujeres en su mayoría pertenecen al régimen contributivo.

Tabla 28. Descripción del cruce de variables frecuencias de estado de salud percibido vs régimen de afiliación

Frecuencias Observadas			Frecuencias Esperadas			Dispersión			
Estado de salud percibido	Contributivo	Subsidiado	Subtotales	Contributivo	Subsidiado	Subtotales	Contributivo	Subsidiado	Subtotales
Excelente	18	1	19	17,67	1,33	19	0,01	0,08	0,09
Bueno	59	3	62	57,66	4,34	62	0,03	0,41	0,44
Regular	14	3	17	15,81	1,19	17	0,21	2,75	2,96
Malo	2	0	2	1,86	0,14	2	0,01	0,14	0,15
<b>Totales</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,26</b>	<b>3,39</b>	<b>3,64</b>

Fuente: Datos propios del estudio

En relación al cruce de estado de salud percibido vs régimen de afiliación, se considera que prevalece un estado excelente en 18 pacientes y bueno 59 en pacientes.

Tabla 29. Descripción del cruce de variables frecuencias Observadas Nivel de Escolaridad Vs régimen de afiliación

Frecuencias Observadas			Frecuencias Esperada			Dispersión			
Nivel Escolaridad	Contributivo	Subsidiado	Sub Totales	Contributivo	Subsidiado	Sub Totales	Contributivo	Subsidiado	Sub Totales
Postgrado	7	0	7	6,51	0,49	7	0,04	0,49	0,53
Profesional	11	2	13	12,09	0,91	13	0,1	1,31	1,4
Técnico	26	1	27	25,11	1,89	27	0,03	0,42	0,45
Bachillerato	29	2	31	28,83	2,17	31	0	0,01	0,01
Primaria	19	2	21	19,53	1,47	21	0,01	0,19	0,21
Ninguno	1	0	1	0,93	0,07	1	0,01	0,07	0,08
<b>Totales</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0,187</b>	<b>2,489</b>	<b>2,68</b>

Fuente: Datos propios del estudio

Una vez cruzadas las tablas sobre el nivel de escolaridad vs régimen de afiliación, se puede evidenciar que la mayoría de la población cuenta con un nivel básico de escolaridad bachillerato en adelante, representado por 73 pacientes.

Ahora, aplicando el estadístico del Chi cuadrado ( $X^2$ ) que sirve para analizar el cruce de estas variables y determinar la incidencia sobre el régimen de afiliación de intervalos de edad de las pacientes, el estado clínico y el nivel de escolaridad. El Chi cuadrado ( $X^2$ ) permite poner a prueba hipótesis de distribuciones de frecuencias, la prueba busca la sumatoria de las dispersiones de cada una de la diferencia al cuadrado entre frecuencias observadas con las frecuencias esperadas sobre la frecuencia esperada. Este resultado se compara contra la tabla definida de Chi cuadrado  $X^2$ , de presentarse un valor verdadero en la comparación de acuerdo con la hipótesis nula, que en este caso se refiere a que son variables independientes, el resultado sería que el régimen de afiliación depende de las demás variables.

Tabla 30. Descripción de los resultados chi cuadrado  $X^2$

<b>Variab</b> les	<b>X<sup>2</sup> experimental</b>	<b>X<sup>2</sup> tabla</b>	<b>Valor</b>	<b>Conclusión</b>
Edad vs régimen de afiliación	1,8	> 5,99	FALSO	El régimen de afiliación no depende de la edad.
Estado de salud percibido vs régimen de afiliación	3,64	> 7.81	FALSO	El régimen de afiliación no depende del estado de salud percibido.
Nivel escolaridad vs régimen de afiliación	2,68	> 11,07	FALSO	El régimen de afiliación no depende del nivel de escolaridad.

Fuente: Datos propios del estudio

Al realizar los diferentes cruces entre las variables como edad, estado de salud percibido y nivel de escolaridad vs afiliación, se concluye que la afiliación no depende de ninguno de ellas.

### 7.3 Resultados del objetivo específico 3

Frente a las percepciones de las pacientes con cáncer de mama en el acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos ambulatorios, se ve reflejada en la siguiente descripción:

Tabla 31. Descripción de la variable relación con el médico tratante

<b>Relación con el médico tratante</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente	69	69
Buena	31	31
Mala	0	0
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 69% de las pacientes califico la relación con el médico tratante como Excelente, 31% como buena y ninguna paciente dio una calificación mala.

Tabla 32. Descripción de la variable atención recibida por la EAPB

<b>Atención recibida por la EAPB</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente	16	16
Buena	60	60
Deficiente	15	15
Mala	8	8
Sin dato	1	1
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 16% de las pacientes califico la atención recibida por la EAPB como excelente, el 60% como buena, el 15% refirió una calificación frente a la atención recibida como deficiente, el 8% como mala y finalmente el 1% no se conoce el dato.

Tabla 33. Descripción de la variable atención recibida en la farmacia

<b>Atención recibida en la farmacia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente	25	25
Buena	66	66
Deficiente	7	7
Malo	2	2
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 25% de las pacientes califico la atención recibida por la farmacia como excelente, el 66% como buena, el 7% refirió una calificación frente a la atención recibida como deficiente y el 2% como mala.

Tabla 34. Descripción de la variable información recibida del tratamiento del cáncer de mama

<b>Información recibida del tratamiento</b>	<b>EAPB</b>		<b>IPS</b>		<b>FARMACIA</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente	22	22	37	37	11	11
Buena	51	51	54	54	75	75
Deficiente	16	16	7	7	11	11
Mala	10	10	2	2	3	3
Sin dato	1	1	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

La tabla 30 describe la calificación dada por las pacientes frente a la información que fue recibida por las diferentes instituciones que participaron en el tratamiento del cáncer de mama, el 22% de las pacientes califico la información recibida por la EAPB como excelente, el 51% como buena, el 16% refirió una calificación frente a la información recibida como deficiente, el 10% como mala y el 1% no cuenta con dato; así mismo el 37% de las pacientes califico la información recibida por la IPS como excelente, el 54% como buena, el 7% refirió una calificación frente a la información recibida como deficiente y el 2% como mala; finalmente el 11% de las pacientes califico la información recibida por la farmacia como excelente, el 75% como buena, el 11% refirió una calificación frente a la información recibida como deficiente y el 3% como mala.

Tabla 35. Descripción de la variable percepción general del tratamiento oncológico

<b>Percepción general del tratamiento oncológico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Excelente	28	10
Buena	61	23
Deficiente	9	3
Mala	2	1
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El 28% de las pacientes menciona tener una percepción general del tratamiento oncológico excelente, el 61% como buena, el 9% refirió una calificación deficiente y el 2% como mala.

Tabla 36. Descripción de la variable dificultades percibidas durante el tratamiento oncológico

<b>Dificultades percibidas durante el tratamiento oncológico</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Pago de Cuotas Moderadoras	0	0
Gastos en transporte	5	5
Tiempo invertido en los servicios de salud	3	3
Muchos trámites administrativos	5	5
Otros	55	55
Ninguna	32	32
Total	100	100

Fuente: Datos propios del estudio

El pago de cuotas moderadoras no fue considerada por las pacientes encuestadas como una dificultad, el 5% de la pacientes refirió que las gastos en transporte fueron una dificultad, el

3% de las pacientes mencionaron que tuvieron que invertir mucho tiempo en los servicios de salud, el 5% de las pacientes estuvo de acuerdo que una dificultad percibida fueron muchos trámites administrativos en el tratamiento oncológico, el 55% refirió dificultades diferentes a las ya mencionadas dentro de esta categoría se obtuvo las siguientes dificultades:

Tabla 37. Descripción de la categoría otros

<b>Categoría Otros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Inoportunidad en autorizaciones de servicios	12	22
No entrega de medicamentos	10	19
Inoportunidad en programación de servicios	7	13
No autorización de servicios	7	13
Inoportunidad en entrega de medicamentos	5	9
No autorización de medicamentos	3	6
Deficiente servicio al cliente	2	4
No acompañamiento psicológico	2	4
No prestación de servicio	2	4
Negación de medicamento de marca comercial	1	2
No atención preferencial	1	2
Poco acompañamiento por parte de la AEPB	1	2
Tratamiento agresivo para la enfermedad	1	2
Total	54	100

Fuente: Datos propios del estudio

La tabla 33 muestra la distribución de la categoría otros, de la variable dificultades percibidas durante el tratamiento oncológico, puesto que se observó la necesidad de describir por el porcentaje significativo que represento, donde a su vez la inoportunidad en autorizaciones de servicios representa el 22%, la no entrega de medicamentos en un 19%, la inoportunidad en programación de servicios y no autorización de servicios en un 13% cada una, la inoportunidad en entrega de medicamentos en un 9%, no autorización de medicamentos en un 6%; con menores porcentajes se encontró deficiente servicio al cliente, no acompañamiento psicológico, no prestación de servicio en un 4% cada una y finalmente con un 2% cada categoría se encontró negación de medicamento de marca comercial, no atención preferencial, poco acompañamiento por parte de la EAPB y tratamiento agresivo para la enfermedad.

## 8. DISCUSION

Las variables de caracterización sociodemográficas de la población mostraron que la mediana de edad se encontró en 64 años, el intervalo de edad de 60 a 79 años fue el más frecuente con el 50 %, disminuyendo la participación de las edades en ambos extremos, la edad es una variable determinante en el acceso a medicamentos oncológicos por limitaciones de movilidad y comorbilidades, significativo en el acceso según Mejía y Sanchez, en su estudio *Equidad en acceso a servicios de salud en Antioquia* (26).

El 97% de las pacientes pertenecieron al régimen contributivo, el 75% presentaron un índice base de cotización en rango 1, porcentaje en el que se encuentran incluidas las pacientes del régimen subsidiado, dado que la EAPB ubica en el menor rango a los usuarios de este régimen. El IBC cobra importancia en este estudio dado que su cálculo se realiza de acuerdo al salario mensual de los trabajadores, con ello refleja datos económicos de la población del estudio (54).

El lugar de residencia de las pacientes en el 94 % fue en el municipio de Cali, puesto que el estudio se concentra en la regional Cali de la EAPB, la cual tiene rango de cobertura a otros municipios aun fuera del Valle del Cauca como Santander de Quilichao, que por su proximidad con la ciudad de Cali y la concentración de IPS de atención medica oncológica, las pacientes debieron desplazarse para recibir dicha atención.

La caracterización en el aspecto clínico, identificó que el 30% de las pacientes, se encontraba en estadio clínico I al momento de la atención médica; estadio que hace referencia a un tumor confinado a la glándula mamaria, con mayores posibilidades de tratamiento curativo ante un inicio de precoz del mismo (10). Un dato que llama mucho la atención es que el 26% de las pacientes reportadas por la CAC, no contaba con la información sobre el Estadio Clínico, dato importante para el inicio y prescripción del tratamiento médico oncológico, según la guía de práctica clínica; esta falta de información podría explicarse por diligenciamiento incompleto de la información o excesivo uso de comodines en la base de datos a reportar a la CAC, que es diligenciada en primera medida por IPS oncológica que presta la atención médica, además los asuntos contractuales de la EAPB, al cambiar continuamente de IPS



oncológica, no permite la continuidad al tratamiento, provocando fragmentación de la información o generando una pérdida del dato.

El muestreo inicial se realizó en la base de datos otorgada por la EAPB con pacientes que recibieron atención médica en el año 2019, para la cual se aplicó los criterios de inclusión de sexo femenino, diagnóstico de cáncer de mama, atención medica oncológica en la regional Cali. Dado que la base fue otorgada en septiembre de 2020 y la recolección de datos inicio en febrero de 2021, se realizó una validación del estado de afiliación a la EAPB, con el propósito de cumplir con el criterio de inclusión del estado activo con la aseguradora al momento de la aplicar la encuesta, esta depuración afecto el número de muestra, puesto que 8 de las pacientes se encontraban retiradas y 5 pacientes habían fallecido durante el periodo comprendido de 2019 a 2021.

A las 258 pacientes con estado de afiliación activo a la EAPB, se aplicó el proceso estandarizado de la llamada telefónica, para la recolección de datos, logrando contactar a 184 pacientes, de las cuales 100 aceptaron voluntariamente firmar el consentimiento informado y participar de la encuesta completa, los resultados obtenidos constituyeron la fuente de análisis de las variables que se discutirán en adelante.

El nivel de escolaridad fue mayor a bachillerato en el 78% de las pacientes, variable determinante en el acceso a medicamentos, porque permite asumir que las pacientes en su mayoría, cuenta con habilidades básicas para comprender, informarse y movilizarse dentro del sistema de salud, dando lugar a un tratamiento más rápido por efectos del mayor nivel de escolaridad según Piñeros y Sanchez - *Demoras en Diagnóstico y tratamiento en cáncer de mama en Bogotá* (29).

En el estrato socioeconómico presentó una distribución más homogénea, siendo mayor el Estrato 3 con el 29%, seguido del Estrato 2 con el 20%, entre estos dos estratos suman casi el 50% del total de las entrevistadas, quienes se ubican en las denominaciones bajas de la estratificación, esto se relaciona con la variable que refleja el poder adquisitivo de la población del estudio y está relacionado con la tenencia de Planes Adicionales o

Complementarios en Salud (Gasto Particular), donde se encontró que el 69% no contaba con ningún plan; no obstante, el 17% de las pacientes, contaban con un plan de Medicina Prepagada, que si bien ofrece mayor acceso a consultas médicas y algunos servicios de salud, no da cobertura a medicamentos, siendo total responsabilidad de la EAPB por medio de las diferentes fuentes de financiación a cargo de la UPC (23) o presupuestos máximos (57).

El 62% de las pacientes calificaron su estado de salud como bueno, pese a que la pregunta es muy general y podría abarcar muchos aspectos, era importante partir de esta percepción dado la implicación que tiene la experiencia frente a un tratamiento complejo en la mujer. Es importante considerar que la percepción de “Estado de Salud” en una sobreviviente de cáncer siempre va a centrarse en la condición de salud relacionada con esta afectación, toda vez que las pacientes durante su tratamiento son informadas en que la denominación “Sana” no es la forma en la que se expresan los médicos oncólogos para definir que la paciente no presenta síntomas ni signos durante un periodo posterior al tratamiento y que por esta razón están “Libres de Enfermedad”; para las pacientes esto significa “Bienestar, Salud y Tranquilidad” tal como lo describe el estudio de Sánchez y Colaboradores (60).

Para el acceso a medicamentos oncológicos ambulatorios respecto a las condiciones organizacionales se obtuvo que el 79% de las pacientes mencionaron ser atendidas en la IPS Hematooncologos, acorde a la contratación que tenía la EAPB para la población oncológica en el periodo de estudio, el tiempo de autorización de las consultas oncológicas tanto de primera vez como de control en el 77% de las pacientes fueron dadas en los primeros 30 días, igualmente ocurrió con la programación de la consulta oncológica donde el 87% de las pacientes mencionaron que fue dentro de los primeros 30 días.

La oportunidad de la consulta médica fue importante, pues se convierte en la puerta de entrada para el inicio de un tratamiento con medicamentos oncológicos, vale resaltar que las atenciones médicas al inicio del tratamiento son realizadas de forma mensual, una vez se avanza en el tratamiento su periodicidad de control médico oncológico se prolonga cada 3 meses, terminado el tratamiento la pacientes debe asistir a un control anual, por ello el intervalo del tiempo indicado por las pacientes respecto a la asignación de cita estuvo dentro de la necesidad para el tratamiento. La categoría sin dato, obedeció a las pacientes que

mencionaron que la atención médica fue dada por su plan adicional de salud donde elegían la oportunidad de la consulta médica debido a la amplia red de prestadores con la que suelen contar.

Contrastando los resultados anteriormente descritos, con el estudio *Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá* que publicó demoras en la atención con tasas de incidencia de diagnóstico y de tratamiento a partir de la primera consulta, con mediana de tiempo desde la primera consulta hasta el diagnóstico de 91 días y la mediana de tiempo desde la primera consulta hasta el tratamiento de 137 días (29), resultando en una atención médica con tiempos de oportunidad muy significativos, que deben incidir e impactar en los desenlaces del tratamiento y con ello en la supervivencia y la calidad de vida de las pacientes.

El medicamento con mayor prescripción por parte de los médicos tratantes para el cáncer de mama, fue el Tamoxifeno con el 45% según lo mencionado por las pacientes, seguido del Letrozol con el 23% ; acorde a los datos que fueron publicados por la CAC (4), para el periodo de 02 de enero de 2019 a 01 de enero de 2020, donde el 58% las pacientes recibieron terapia sistémica, con una de las mayores frecuencias de uso se reportó el Tamoxifeno, seguido de Letrozol (4), la categoría sin dato, corresponde a las pacientes que no recordaban el nombre del medicamento con el cual recibieron tratamiento.

Si bien los medicamentos oncológicos en el 61% fueron entregados en los primeros 5 días, acorde a los tiempos establecidos para el suministro de medicamentos según la Resolución 1885 de 2018 (62), se toma como referencia el tiempo suministro efectivo de esta normatividad del acceso a servicios no financiados con la UPC, puesto que la mayoría de medicamentos oncológicos tienen esta vía de financiación en el sistema de salud; hay un 39% que no cumple con los tiempos establecidos, que deja ver existencia de brechas aun por mejorar en el proceso. Siguiendo la línea de oportunidad se observó que los porcentajes presentados en las autorizaciones de consultas por oncología, programación de la misma y la autorización de los medicamentos oncológicos contaron con porcentajes e intervalos similares siendo coherente al relacionarlos.

Una vez el médico tratante prescribe el medicamento con el cual se va a realizar el tratamiento de la paciente, entran a jugar un papel importante las farmacias, observando que el 87% de las pacientes refirieron que los medicamentos oncológicos fueron dispensados en la farmacia de la IPS en donde se les realizó el tratamiento (Hematooncólogos), de acuerdo con la contratación de la EAPB para la atención de la población oncológica en el periodo de estudio. Es importante resaltar, que el 6% de las pacientes mencionaron, que eligieron obtener el medicamento, en una farmacia particular para evitar trámites administrativos y con ello demoras en el inicio o continuidad del tratamiento.

En relación con la dispensación del medicamento se observó que el intervalo de tiempo de espera en la farmacia fue en el 37% de los casos, de 16 a 30 minutos; pero en el 30% de los casos se presentó un tiempo de espera mayor a 45 minutos, esta oportunidad dependía de la concurrencia de pacientes en espera de dispensación del medicamento en la farmacia. La categoría sin dato correspondió a las pacientes que mencionaron realizaban la reclamación del medicamento a través de un familiar o un tercero y por ello no tenían dicha información.

Frente a las condiciones organizacionales y administrativas de la EAPB, las pacientes mencionaron en un 90% no tener conocimiento del proceso de autorización de los medicamentos oncológicos, llama la atención el desconocimiento que las pacientes tienen sobre estos procesos directamente vinculados a su tratamiento y resolución de la enfermedad, pese al nivel de escolaridad de la población de estudio. Cuando se indagó porque no estaban tan enteradas, las pacientes manifestaron que no hay motivación por tener conocimientos frente al funcionamiento del sistema de salud; este aspecto es reconocido como un facilitador del acceso según Restrepo J, Silva C, Andrade F. en el estudio *acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia* (27).

Respecto a las condiciones geográficas, se obtuvo que la mayoría de las pacientes mencionaron optar por transportarse en un medio más cómodo para asistir a los servicios médicos oncológicos, utilizando principalmente el medio de transporte carro particular en un 35% , seguido del 29% en taxi, lo cual implicaba un mayor gasto de bolsillo, pero a favor se encontró el tiempo de distancia entre el lugar de residencia y la IPS oncológica que fue de 1

a 30 minutos en el 57%, pues la mayoría residían en la ciudad de Cali. Cabe mencionar que debido a que la EAPB regional Cali atiende a su área de influencia municipios vecinos, se encuentra la categoría > 91 minutos, que si bien aporta la menor cifra del 3% es producto de transporte intermunicipales que tuvieron que realizar las pacientes para ser atendidas en la IPS oncológica asignada.

Acorde a la descripción anterior, se encuentra la variable tiempo de distancia entre lugar de residencia y la farmacia de dispensación de medicamentos, donde el 50% de las pacientes menciono que fue de 1 a 30 minutos, puesto que la IPS oncológica (Hematooncólogos) cuenta en su misma sede con farmacia de medicamentos oncológicos. El 90% de las pacientes manifestaron que el medicamento fue entregado en la IPS oncológica asignada. El 6% de las pacientes menciono que adquirió los medicamentos en una farmacia particular por ello se incluyó en la categoría de otro.

En cuanto a las condiciones económicas, el 67% de las pacientes mencionaron no haber incurrido en el pago de cuotas moderadoras para adquirir los medicamentos oncológicos, lo cual es positivo, puesto que el cáncer de mama es una enfermedad de alto costo y hace parte del grupo de patologías exentas del pago de cuotas moderadoras o copagos, para su tratamiento (55).

En el sistema de salud colombiano el consumo de medicamentos de Alto Costo durante los años 2005 a 2010 creció en un 847.4%, siendo los antineoplásicos e inmunomoduladores el 46,3% del total facturado (32). Por lo anterior el gobierno nacional tuvo la necesidad de establecer una regulación de precios de medicamentos a nivel nacional a través del decreto 705 de 2016 (56), lo cual ha favorecido el gasto en salud, así como el acceso a dichos medicamentos. Sin embargo, los resultados de presente estudio, muestran que el gasto asumido por las pacientes por medicamentos oncológicos, estuvo presente en el 48% de ellas, si bien no es la mayor cifra, si representa un porcentaje relevante, ya que la UPC (55) y/o los presupuestos máximos (57), otorgan la cobertura a los medicamentos oncológicos que se registran en las guías de tratamiento del cáncer de mama (4), con ello las pacientes no deberían tener que asumir gastos por medicamentos.

Entre las pacientes que refirieron haber incurrido en gasto de forma particular por medicamentos oncológicos, el 25% siendo la mayor cifra, menciona que pagó entre 1 a 50000 pesos mensuales; el ministerio de salud y protección social a través de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, unificó el listado de los medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios, fijó su precio máximo de venta, conforme al índice de precios al consumidor (58), que al comparar con los intervalos de gastos por medicamentos referidos por las pacientes se encuentran conforme a los valores regulados a nivel nacional.

El 35% de las pacientes que asumieron un medicamento de forma particular lo hicieron entre 1 a 10 veces, siendo el mayor porcentaje, es llamativo que el segundo porcentaje del 10% que asumió el gasto del medicamento por más de 30 veces, lo cual da cuenta que el tratamiento fue realizado en su mayoría de forma particular; entre los motivos mencionados por las pacientes para asumir esta conducta, fue evitarse trámites administrativos y porque debía realizar su tratamiento con medicamento de marca comercial, para disminuir los efectos secundarios. Frente al aspecto económico, un estudio de *“Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia”* (26), encontró que las barreras financieras constituyen el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud, donde el régimen contributivo tiene mayores facilidades de continuar con la atención.

Respecto a gastos en transporte para obtener los medicamentos oncológicos, el 98% de las pacientes mencionaron que tuvieron que incurrir en gastos, teniendo que gastar entre 1 a 10000 pesos el 41% de las pacientes, seguido del 10001 a 20000 pesos el 22%.

Al realizar el cruce entre las variables como edad, estado de salud percibido y nivel de escolaridad vs afiliación, se observa que la afiliación no depende de ninguna de ellas. Esta población se caracteriza en un 97% por pertenecer al régimen contributivo, el 81% de las pacientes gozan de una buena salud y el 78% habían cursado una educación de bachillerato en adelante.

Frente a las percepciones de las pacientes con cáncer de mama en el acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos ambulatorios, se identificó que las pacientes consideraron haber tenido una excelente relación con su médico tratante, que predispone a una buena adherencia al tratamiento, siendo positivo, dado que el tratamiento oncológico tiene un tiempo de 5 años de duración aproximadamente. Corroborando lo anterior, se encuentra el estudio “*Cumplimiento al manejo medico de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el Instituto nacional de cancerología 2012*”, concluye que para que un tratamiento sea exitoso, este depende de la adherencia del mismo por parte de las pacientes, aspectos relacionados con el sistema de salud, aspectos psicológicos y sociales propios de las pacientes son las razones asociadas con un bajo cumplimiento (31).

Respecto a la percepción de la atención recibida por la EAPB, las usuarias mencionaron que esta fue buena, ya que cumplió con el tratamiento, así mismo calificaron la atención recibida en la farmacia. Esta respuesta está asociada a la percepción de las pacientes frente a su “tranquilidad, bienestar y calidad de vida”, tal como se expresa en el estudio de Sánchez y colaboradores. Para las mujeres que han padecido el Cáncer de mama, estar libres de enfermedad y considerar que se ha superado la afectación de su salud, genera una percepción positiva. (60).

Respecto a la información recibida sobre el tratamiento de la enfermedad, las pacientes coincidieron que esta fue buena, tanto por parte de la EAPB, IPS y Farmacia, aspecto identificado por Rodríguez J y Rodríguez D, en el estudio “*Barrera de acceso administrativo a los servicios de salud en la población colombiana*”, puesto que a pesar de que se evidenciaron limitaciones por fallas en la comunicación (24), se encuentra que las pacientes no identifican esta situación como determinante para su tratamiento y desenlace.

En la descripción de las dificultades percibidas por las pacientes durante su tratamiento oncológico, se tuvo en cuenta entre la opción de respuesta las categorías pago de cuotas moderadoras como aspecto económico, gastos en transporte como aspecto geográfico y económico, tiempo invertido en los servicios de salud y muchos trámites administrativos como aspecto organizacional, de tal forma que abarcara las 3 condiciones de acceso de interés

en para el estudio, además teniendo en cuenta que se daría lugar a encontrar dificultades diferentes se agregó la categoría de otros; las opciones de respuesta coincidieron mínimamente en la respuesta de dieron las usuarias durante las encuestas, excepto la categoría otros que represento el 55% de las dificultades mencionadas.

Frente a los anterior, se decidió realizar una ampliación de resultados a dicha categoría, obteniendo que las dificultades como inoportunidad en autorización de servicios, no entrega de medicamentos e inoportunidad en programación de servicios, estuvieron presentes en el 67% de la categoría descrita, siendo coherente a los resultados del estudio barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en la población colombiana (24) donde la demora en autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos, constituyeron las barreras de acceso administrativas más frecuentes.



## **9. APORTES AL CAMPO DE LA ADMINISTRACIÓN DE SALUD**

Este estudio permitió conocer las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EAPB regional Cali para el año 2019, que aporta a la generación de nueva información y conocimiento en el campo de la Administración en Salud, puesto que caracteriza la problemática local frente al cáncer de mama, que sirve como sustrato para la toma de decisiones a nivel organizacional, así como para orientación e implementación de planes y políticas en el sector salud.

La investigación aporta conocimiento acerca de las condiciones de acceso a medicamentos oncológicos ambulatorios del orden organizacional, geográfico y económico, descritas en el capítulo de Resultados según la secuencia de atención al usuario en una intervención de salud, por ende es susceptible de identificar los diferentes actores en salud participantes y las condiciones de acceso provenientes de cada uno, como es la EAPB y IPS (Clínicas y farmacias), que ofrecen al campo de la Administración en salud, información para conocer los puntos críticos de la intervención en salud prestada, establecer planes de acción por los actores involucrados, que lleven finalmente a la optimización y mejora de la atención brindada, a una reorientación o reestructuración a nivel organizacional, y al aporte para actuar desde la gestión en salud.

El estudio aporta al campo de la Administración en Salud nueva evidencia científica ya que permitió conocer las percepciones de las pacientes de la atención brindada por la EAPB frente al tratamiento del cáncer, puesto que se conocían las dificultades y barreras de acceso desde diferentes entes y mecanismos de control y seguimiento, pero no se contaba con evidencia desde la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama.

## 10. CONCLUSIONES

Las estrategias establecidas para la atención integral de las pacientes oncológicas deben seguir el camino de fortalecimiento para que la IPS oncológica sea idealmente la misma que dispense los medicamentos oncológicos, teniendo en cuenta que las pacientes que más requieren del tratamiento con medicamentos oncológicos se encuentran en edades avanzadas.

La población del estudio se caracterizó por pertenecer en su mayoría con un 97% al régimen contributivo, el 75% cotizaban al sistema de salud con un IBC rango 1, en su mayoría fueron pacientes que residían en el municipio de Cali, frente al estrato socioeconómico y nivel de escolaridad fue encontrada una distribución más homogénea, finalmente el 31% de las pacientes termino el bachillerato y el 27% ha cursado una carrera técnica.

El nivel de escolaridad de la población de estudio, es un factor a favor que debe ser aprovechado con diseño de estrategias que brinden conocimiento del modelo y ruta de atención a tratamientos oncológicos, sean difundidos por diferentes medios de comunicación y contribuyan a facilitar el acceso a medicamentos oncológicos.

Existen fallas en el diligenciamiento de la base de datos reportada a la CAC, ya sea por subregistro o exceso de comodines, que provocan brechas de conocimiento y repercuten en la toma de decisiones en las EAPB; siendo necesaria la toma de medidas para mejorar la completitud de los datos a nivel de las IPS.

El régimen de afiliación, no depende de variables como edad, nivel de escolaridad, y/o estado de salud percibido, resultado del cruce de variables; la EAPB tiene afiliación general del contributivo mayoritariamente, el porcentaje de afiliación del régimen subsidiado es muy bajo y por tanto no logra impactar en las diferenciaciones de la atención relacionada con afiliación.

Las pacientes con cáncer de mama recibieron la atención médica y dispensación de medicamentos oncológicos en una misma IPS oncológica y farmacia, que facilito el acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos tanto en tiempo de autorización y

programación de consultas por oncología, así como en la autorización y entrega de los medicamentos oncológicos. Este tipo de contratación por la EAPB, considerado como integral es una de las mejores estrategias en el marco de los modelos de atención, dado que facilitan acceso, oportunidad y continuidad en la atención, lo que termina impactando positivamente el desenlace del tratamiento.

El medio de transporte y el tiempo invertido en desplazamiento para reclamar los medicamentos oncológicos, no repercutió en el acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos, puesto que un gran porcentaje de las pacientes residen en la ciudad de Cali y el tiempo destinado tanto para la dispensación es relativamente corto en relación con los datos de indicadores de oportunidad y accesibilidad para la entrega de medicamentos en estudios a nivel del país, inclusive para el tratamiento de patologías no tan graves.

Las percepciones de las pacientes con cáncer de mama frente a la atención recibida, información recibida del manejo médico y del tratamiento recibido en general fue calificada como buena. Los análisis muestran que las mujeres atendidas en su patología oncológica están satisfechas con el proceso de atención y salvo algunas consideraciones menores, dan cuenta de que la situación del Cáncer en Colombia viene mejorando en razón al cumplimiento normativo sobre la calidad de la atención en las pacientes con Cáncer.

Las dificultades percibidas por las usuarias en el tratamiento con medicamentos oncológicos fueron inoportunidad en autorizaciones, la no entrega de medicamentos e inoportunidad en programación de servicios. Estas situaciones no generalizadas están muy relacionadas con otros factores como asignación de la IPS contratada para el tratamiento y su modelo de prestación de servicios o la falta de integralidad en la oferta de servicios para la atención integral en Oncología.

Es significativo y determinante para la evaluación de los modelos de atención y la implementación del marco normativo frente a la atención del cáncer en Colombia, pese a los desarrollos de tecnología, las posibilidades de accesibilidad y disposición de herramientas técnicas, procesos y procedimientos y de plataformas robustas para el cargue y procesamiento

de datos, se presenten limitaciones para los análisis, por fallas en la calidad del dato o peor aún por ausencia del mismo. Es claro que cuando se diseñan herramientas como la CAC, se espera capturar información suficiente, completa y veraz, que pueda ser analizada para la toma de decisiones que impacten en la mejora de los procesos, se fortalezcan las políticas públicas y con ello la disposición de recursos para mejorar los resultados e impacto en salud.

Por último, este estudio deja la posibilidad de realizar nuevas investigaciones desde la perspectiva de las pacientes con cáncer de mama frente al acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos, aun con un mayor tamaño de muestra y/o que implique varias aseguradoras de salud, para poder dimensionar y evidenciar las condiciones de acceso en un ámbito más amplio.

## 11. RECOMENDACIONES

A nivel de las IPS se debe mejorar los procesos de diligenciamiento, alimentación y cargue de información de las bases de datos con destino a la Cuenta de Alto Costo - CAC, puesto que cuentan con casillas sin datos o diligenciamiento incompleto, lo cual limita la interpretación de resultados, que va ser el sustrato para la toma de decisiones en diferentes campos de la atención oncológica; esta recomendación se hace a las IPS puesto que tienen contacto directo con el usuario, ofrecen la atención en salud y conocen al detalle la misma.

El cáncer de mama es una enfermedad una que requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno para mejorar su desenlace, por ello el fortalecimiento de modelos integrales de atención en oncología, es una recomendación importante de este estudio; donde se promueva una interacción coordinada de las entidades territoriales, EAPB, IPS y demás entidades del sector salud, que a través de intervenciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación en pacientes oncológicos, se presten servicios con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad, tal como lo establece el política de atención integral en salud que rige en Colombia (61).

Finalmente surge la necesidad de resaltar dentro de este capítulo el papel importante que tiene la academia, frente a la formación y gestión del talento humano, sugiriendo fortalecer la formación en atención integral en salud, especialmente en los temas oncológicos, tanto desde la gestión administrativa, como la clínica, que encamine hacia el cumplimiento efectivo de los objetivos del Sistema de Salud.

## 12. LIMITACIONES

No se consideró el análisis de la ruta integral de atención en salud para cáncer de mama, el estudio se concentró en el análisis del acceso a medicamentos oncológicos desde la perspectiva de las pacientes.

El uso de encuesta más que de entrevista, puesto que inicialmente se había optado por realizar una entrevista como instrumento de recolección de información, con el fin de lograr una profundización en las percepciones de las pacientes frente al tratamiento con medicamentos oncológicos, pero debido al curso de la pandemia se optó por aplicar una encuesta a través de llamada telefónica.

La fuente de información secundaria del reporte de cáncer de mama para la CAC del 2019, no se encontraba completamente diligenciada, presentado un porcentaje importante sin dato, lo cual no interfiere a la hora de sacar conclusiones para la toma de decisiones. Se presentó una afectación al tamaño de la muestra, que inicialmente fue de 271 pacientes, posterior a la validación del estado de afiliación a la EAPB en cumplimiento a un criterio de inclusión, quedó en 258 pacientes y en la aplicación de la encuesta por medio de llamada telefónica, debido a la situación de pandemia en curso en la recolección de información, se logró el contacto efectivo con 100 pacientes, obteniendo 100 encuestas para la descripción de resultados y análisis de los mismos, por ello el estudio presentó limitación de la validez externa, pero es un estudio pertinente que logró describir desde la perspectiva de las condiciones de acceso al tratamiento con medicamentos oncológicos, que es válido para la toma de decisiones por la EAPB e IPS y para sentar precedentes y reconocer en otros estudios, si la percepción se mantiene en estudios con muestras de mayor tamaño.

### 13. BIBLIOGRAFÍA

1. International agency for research on cancer. Cancer today: Top cancer per country, estimated number of new cases in 2018, both sexes, ages 0-74. [Internet]. [Consultado: 17 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=cancer&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=14&nb\\_items=5&group\\_cancer=1&include\\_nmssc=1&include\\_nmssc\\_other=1&projection=natural-earth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=14&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D)
2. Organización Panamericana de la Salud. Cáncer de mama. [Internet]. [Consultado: 17 de mayo de 2019]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5041:2011-breast-cancer&Itemid=3639&lang=es)
3. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento cáncer de mama y cuello uterino en Colombia 2018; Bogotá, D. C.; 2019. Disponible: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CÁNCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO\\_2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/CÁNCER%20DE%20MAMA%20Y%20CUELLO%20UTERINO_2018.pdf)
4. Cuenta de Alto Costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2018 [Internet]. Bogotá, D.C.; 2019 [Consultado: 28 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-cancer-en-la-poblacion-adulta-atendida-en-el-sgsss-de-colombia/>

5. Universidad de Valle. Registro poblacional de cáncer de Cali [Internet]. Santiago de Cali; 2020; [Consultado: 09 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://rpcc.univalle.edu.co/es/index.php>
6. Observatorio Nacional de Cáncer. Diagrama de barras de mortalidad municipal por departamento [Internet]. Bogotá, D. C.; 2020; [Actualizado: 02 de agosto de 2020; Consultado: 02 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/indicadores/Paginas/Tasa-de-mortalidad-departamental-anual-desagregación-municipal.aspx>
7. Universidad de Valle. Registro poblacional de cáncer de Cali, Colombia C50 Mama [Internet]. Santiago de Cali; 2020; [Consultado: 09 de agosto de 2020]. Disponible en: [http://rpcc.univalle.edu.co/es/SitiosEspecificos/pdf-sitiosespecificos/Sitios\\_Especificos.php?sitio=9](http://rpcc.univalle.edu.co/es/SitiosEspecificos/pdf-sitiosespecificos/Sitios_Especificos.php?sitio=9)
8. EPS. Informe anual 2018 [Internet]. Santiago de Cali; 2018; [Consultado: 06 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://eps.comeva.com.co/publicaciones.php?id=34215>
9. Sociedad Americana contra el Cáncer. Comprensión de un diagnóstico de cáncer de seno [Internet]. Atlanta, Georgia: Sociedad americana contra el cáncer; [Revisado 20 de septiembre de 2019]; [Consultado: 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno.html>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Departamento administrativo de ciencia tecnología e innovación en salud. Guía de práctica clínica para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación del cáncer de mama. Guía no. GPC-2013-19. Bogotá D.C; 2013.



11. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista facultad nacional de salud pública [Internet]. 2009; 27(2): 121-130. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras del aseguramiento en salud con corte marzo de 2020 [Internet]. Bogotá D.C. 2020. Fecha de actualización: 13 de mayo de 2020 [Consultado: 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
13. Congreso de Colombia. Ley estatutaria N° 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C. 2015. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
14. Superintendencia Nacional de Salud. Informe de gestión 2019 [Internet]. Bogotá, D.C.; 2019. [Consultado: 10 agosto de 2020]. <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG.pdf>
15. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. Bogotá, D. C. 2019. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
16. *Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral – ACEMI*. Reestructuración financiera del sector salud [Internet]. Bogotá, D.C.; 2015. [Consultado: 10 marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.acemi.org.co/index.php/acemi-defecto/10-actualidad/comunicados/706-acemi->

17. Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. Reporte Afiliados por Entidad [Internet]. Bogotá, D.C.; 2020. [Consultado: 05 septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.adres.gov.co/BDUA/Estadistica-BDUA/Reporte-Afiliados-Por-Entidad>
18. EAPB - EPS. Informe anual 2019 [Internet]. Santiago de Cali; 2020. [Consultado: 10 agosto de 2020]. Disponible en: <http://e.issuu.com/embed.html#4478034/68913964>
19. Figueroa D, Cavalcanti G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: La visión de los usuarios de la estrategia salud de la familia. Revista enfermería global [Internet]. 2014; vol.13, n.33, pp.267-278, Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000100013&lng=es&nrm=iso)
20. Mezones E, Solis R. Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: análisis de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud (ensusalud 2014). Revista peruana de medicina experimental y salud publica [Internet]. 2016; vol.33, n.2, pp.205-214. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2197>
21. Vargas I, Vázquez M, Mogollón A. Acceso a la atención en salud en Colombia; Revista Salud pública [Internet]. 2010; 12 (5): 701-712. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>
22. Romero M, Marrugo R, Acero G. Impacto en el acceso a medicamentos en la población colombiana después de la actualización del plan de beneficios en el 2012. Revista gerencia y políticas de salud. 2014; 13(27): 228-241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.iamp>

23. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3512. Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la unidad de pago por capitación (UPC); Bogotá, D. C. 2019. Disponible: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf)
24. Rodríguez J, Rodríguez D. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Revista ciênc y saúde coletiva [Internet]. 2015; vol.20 no.6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
25. Sánchez G, Laza C, Estupiñán C. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Revista Facultad. Nacional de Salud Pública [Internet]. 2014; 32(3): 305-313. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0120-386X2014000300005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-386X2014000300005)
26. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública [Internet]. 2007; vol. 9, núm. 1, pp. 26-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100005&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100005&script=sci_abstract&tlng=es)
27. Restrepo J, Silva C, Andrade F. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia; Revista gerencia política salud [Internet]. 2014; 13 (27): 242-265. Disponible en: <Http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.rgyeps13-27.assa>
28. Velásquez L, Carrasquilla G. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia; Revista salud pública de México [Internet]. 2009; 51 supl 2: S246-S253. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000800015](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800015)

29. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, et al. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Revista de salud publica mex.* 2011;53(6):478-485. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n6/a03v53n6.pdf>
30. Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Revista salud pública de México [Internet]*.1991; v. 34, n. 1, p. 36-48, ISSN 1606-7916. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5803>
31. Rodríguez N, Argüello M. Cumplimiento al manejo médico de las pacientes con cáncer de mama, atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología durante el año 2012. *Revista colombiana de cancerología [Internet]*. 2017; Volumen 21, Issue 1, Page 73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccan.2017.02.065>
32. Machado A, Moncada J. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. *Revista panamericana de salud pública.* 2012; 31(4):283–9. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9383/v31n4a03\\_283-9.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9383/v31n4a03_283-9.pdf?sequence=1)
33. Cortes Z. Efecto de la implementación del MIPRES en los costos de salud de los afiliados de una EPS del nororiente colombiano entre abril y julio de 2017 [tesis de maestría]. Bucaramanga: Universidad de Santander; 2018. 79 p. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/626/1/Efecto%20de%20la%20implementaci%C3%B3n%20del%20MIPRES%20en%20los%20costos%20de%20salud%20de%20los%20afiliados%20de%20una%20EPS%20del%20nororiente%20colombiano%20entre%20abril%20y%20julio%20de%202017..pdf>
34. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013; *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2016;

vol.32 no.5 Epub 17-mayo-2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>

35. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974 Fall; 9(3):208-20. PMID: 4436074; PMCID: PMC1071804. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
36. Sociedad Americana Contra el Cáncer. Acerca del cáncer de seno [Internet]. Atlanta, Georgia: Sociedad americana contra el cáncer; [Revisado: 18 de septiembre de 2019; [Consultado: 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/acerca/que-es-el-cancer-de-seno.html>
37. Calero F. Factores de riesgo en el cáncer de mama. *Revista progresos de obstetricia y ginecología.* 1999; Vol. 42. Núm. 90. páginas 9065-9088. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-factores-riesgo-el-cancer-mama-13009702>
38. Arias J, Ospino E. Frecuencia de mutación y de variantes de secuencia para los genes brca1 y brca2 en una muestra de mujeres colombianas con sospecha de síndrome de cáncer de mama hereditario: serie de casos. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2015; Vol. 66 No. 4 (287-296). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.294>
39. Sociedad americana contra el cáncer. Pruebas de detección y detección temprana del cáncer de seno [Internet]. Atlanta, Georgia: Sociedad americana contra el cáncer; [Revisado 03 de octubre de 2019; [Consultado: 16 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/biopsia-del-seno.html>

40. Sánchez R, Bustos C. ¿Es curable el cáncer de mama en etapa precoz?: Resultados del tratamiento combinado con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Revista médica Chile [Internet]. 2007; v.135 n.4: 427-435. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872007000400003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400003)
41. Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer. Cáncer de mama – Estadios clínicos [Internet]. [Consultado: 26 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ulaccam.org/deteccion-cancer-mama>
42. Sánchez D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Revista med inst mex seguro soc [Internet]. 2017; 55(1):82-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/457749297021.pdf>
43. Organización Mundial de la Salud. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos [Internet]. Ginebra; 2004. Disponible en: <http://archives.who.int/tbs/ndp/s4964s.pdf>
44. Constitución Política de la República de Colombia. Bogotá D.C. 1991.
45. Ministerio de la Protección Social. Política nacional de prestación de servicios de salud, Bogotá D.C.2005. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestación%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
46. Congreso de Colombia. Ley 1384. Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia; Bogotá, D.C. 2010. Disponible en:

<file:///C:/Users/anpc5350/Documents/Tesis/ACCESIBILIDAD/Bibliografia/Ok/42.%20LEY%201384%20DE%202010.pdf>

47. Ministerio de Salud y Protección social. ABC del Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021 [Internet]. Bogotá D.C.; 2013. [Consultado: 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP\\_4feb+ABCminsalud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf)
48. Ministerio de Salud y Protección social. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles [Internet]. Bogotá D.C. [Consultado: 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf>
49. Ministerio de Salud y Protección social. Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021 [Internet]. Bogotá D.C.; 2012 [Consultado: 29 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>
50. Gaviria A. Ley estatutaria: protección colectiva, protección individual y exclusiones [Internet]. Bogotá D.C.; 7 de marzo de 2017 [Consultado: 22 de junio de 2020]. Disponible en: <http://agaviria.co/2017/03/ley-estatutaria-proteccion-colectiva.html>.
51. Ministerio de la protección social. Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, D. C. 2006.
52. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Revista salud en Tabasco. 2005; vol. 11, núm. 1-2, pp. 333-338. Disponible en:

<file:///C:/Users/anpc5350/Documents/Tesis/ACCESIBILIDAD/Bibliografia/Ok/48.%20Fórmulas%20para%20el%20cálculo%20de%20la%20muestra%20en%20investigaciones%20de%20salud.pdf>

53. Ministerio de salud. Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá, D. C. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
54. Especiales actualícese laboral. Ingreso base de cotización IBC [Internet]. Colombia; 2018 [Consultado: 24 de junio de 202]. Disponible en: [INGRESO BASE DE COTIZACIÓN –IBC \(googleusercontent.com\)](https://www.googleusercontent.com/INGRESO_BASE_DE_COTIZACION_IBC)
55. Ministerio de salud. Resolución 2481. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá, D. C. 2020. Disponible en: [Scanned Document \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co/Scanned_Document)
56. Ministerio de salud. Decreto 705. Por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de regulación de precios de medicamentos a nivel nacional. Bogotá, D. C. 2016. Disponible en: [705 \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co/705)
57. Ministerio de salud. Resolución 205. Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo. Bogotá, D. C. 2020. Disponible en: [Scanned Document \(minsalud.gov.co\)](https://www.minsalud.gov.co/Scanned_Document)
58. Comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos. Circular 10. Por la cual se unifica y se adiciona el listado de los medicamentos sujetos al régimen



de control directo de precios, se fija su Precio Máximo de Venta, se actualiza el precio de algunos medicamentos conforme al índice de Precios al Consumidor - IPC y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D. C. 2020. Disponible en: [circular-10-de-2020.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)

59. Droguería farmatodo. Taxus 20 mg comprimidos [Internet]. [Consultado: 24 de junio de 2021]. 2021. Disponible en: [Taxus 20Mg Comprimidos Caja x30Com. Tecnofarma Tamoxifeno \(farmatodo.com.co\)](#)
60. Sánchez-Pedraza R, Ballesteros M, Anzola J. “Concepto de Calidad de Vida en Mujeres con Cáncer”. Revista de Salud Pública. Volumen 12 (6): 889-902, 2010. Disponible en: [889-902 \(scielosp.org\)](#)
61. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C., 2016. Disponible en: [modelo-pais-2016.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)
62. Ministerio de Salud y Protección Social. Por la cual se establece el procedimiento de acceso. reporte de prescripción. suministro. verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 2018. Disponible en: [resolucion-1885-de-2018.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado



#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO CONDICIONES DE ACCESO A LOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS EN LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA EMPRESA ADMINISTRADORA DE PLANES DE BENEFICIO, CALI 2019.**

Fecha -----

Esta investigación está orientada a conocer las condiciones de acceso a los medicamentos oncológicos ambulatorios en las pacientes con cáncer de mama afiliadas a una EPS, en la ciudad de Cali en el año 2019, el propósito del estudio es describir las características demográficas, socioeconómicas y clínicas de las pacientes con cáncer de mama, además de conocer a través de esta encuesta sus percepciones frente a la atención, autorización y diligencias realizadas ante la EPS en el curso del tratamiento de la enfermedad en lo que respecta a los medicamentos oncológicos ambulatorios.

La investigación incluye 282 pacientes, a cada participante se contactará por llamada telefónica, se solicitará el consentimiento para grabar la llamada telefónica, posterior a la aceptación y firma del consentimiento informado por parte de la paciente y de un testigo, mencionado con su viva voz nombre, apellido e identificación, para finalmente realizar la encuesta.

La encuesta consta de 23 preguntas con respuestas cerradas que será aplicada por la investigadora y tomara aproximadamente 15 minutos su desarrollo; la información que se obtenga es estrictamente confidencial solo será usada por la investigadora, no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin el consentimiento previo, los datos de identificación del participante como nombre, apellidos serán reemplazados por codificaciones, la información de la llamada telefónica será guardada hasta que la investigadora obtenga el aprobado de la investigación por la Universidad de Valle, la EPS no va a conocer los datos de las pacientes participantes solo tendrá la información del análisis final, tanto las pacientes como la EPS conocerán los resultados finales de la información.

La participación en este estudio es bajo pleno conocimiento de los objetivos, propósitos, naturaleza, procedimientos, beneficios y responsabilidades del estudio, todo lo anterior a libre elección, voluntariamente, y sin ningún tipo de beneficio o afectación en la atención en salud, así como ascendencia o subordinación hacia el investigador; puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y el retiro del mismo cuando así lo decida, sin necesidad de justificación alguna, sin que por ello se creen prejuicios.

De tener preguntas sobre la participación en este estudio, puede contactar a la investigadora Angela Chicaiza al teléfono 318-347-6482, que entregara una copia de esta ficha de consentimiento informado al correo electrónico.

Autoriza la utilización de datos en futuros estudios previa aprobación del Comité institucional de revisión de ética humana – CIREH, correo electrónico [eticasalud@correounivalle.edu.co](mailto:eticasalud@correounivalle.edu.co). SI\_\_ NO\_\_

Firma del investigador: -----

Firma del encuestado: -----

Nombre del encuestado: -----

CC: -----

Testigo: -----

Nombre del testigo: -----

CC: -----

## Anexo 2. Encuesta para pacientes

### ENCUESTA - PROYECTO DE INVESTIGACION: ACCESO A MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS AMBULATORIOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA DE UNA EPS, CALI - 2019.

Fecha:	Codificación de la usuaria:
1	¿Cuál es su nivel de escolaridad? Marque con una X: Rta: 1. Primaria 2. Bachillerato 3. Técnico 4. Profesional 5. Postgrado
2	¿Cuál es su estrato socioeconómico? Marque con una X: Rta: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____
3	¿Cuál es su barrio de residencia? Rta: _____
4	¿Cuenta con algún plan adicional en salud?, cuál? Marque con una X: Rta: 1. Medicina Prepagada 3. Plan de descuentos en salud 5. Ninguno 2. Plan complementario EPS 4. Otros _____
5	¿Como percibe su estado de salud? Marque con una X: Rta: 1. Excelente 2. Bueno 3. Regular 4. Malo
6	¿Cuál fue el medio de transporte que más utilizo para asistir a los servicios de salud durante su tratamiento? Marque con una X: Rta: 1. Transporte masivo (MIO) 3. Carro particular 5. Otros _____ 2. Taxi 4. Caminando
7	¿Para la autorización de las consultas por oncología, cuantos días espero entre la solicitud médica y la autorización de la EPS? Rta: _____ Días
8	¿Una vez autorizada por la EPS la consulta por oncología, cuantos días espero para la asignación de cita? Rta: _____ Días
9	¿Para asistir a la consulta por oncología, cuanto tiempo invirtió en el desplazamiento desde su lugar de residencia hasta la clínica u hospital? Rta: _____ Minutos
10	¿Conoció usted el proceso administrativo (paso a paso) que realiza la EPS, para la autorización de los medicamentos oncológicos para el tratamiento del cáncer de mama? Rta: 1. No 2. Si
11	¿Recuerda los medicamentos oncológicos administrados durante el tratamiento de su enfermedad? Rta: 1. No 2. Si, especifique el nombre _____
12	¿Cuál fue el mecanismo utilizado por la EPS para la entrega de los medicamentos oncológicos durante su tratamiento? Marque con una X su respuesta: Rta: 1. En el domicilio 3. Farmacia habitual 5. Otro _____ 2. IPS asignada 4. Farmacia diferente a la habitual

13	¿Para la autorización y entrega de los medicamentos oncológicos por la EPS, cuantos días espero? Rta: 1. _____ Días 2. No aplica
14	¿Para la entrega de los medicamentos oncológicos, cuanto tiempo invirtió en desplazamiento desde su lugar de residencia hasta la Farmacia? Rta: 1. _____ Minutos 2. No aplica
15	¿Para la entrega de los medicamentos oncológicos en la Farmacia, cual fue el tiempo de espera desde su llegada hasta la entrega de los medicamentos? Rta: 1. _____ Minutos 2. No aplica
16	¿Usted o su familia tuvieron que asumir el pago de cuotas moderadoras por alguno de los medicamentos oncológicos para el tratamiento del cáncer de mama? Rta: 1. No 2. Si, especifique la suma gastada: \$ _____
17	¿Usted o su familia tuvieron que gastar dinero de forma particular para obtener alguno de los medicamentos oncológicos para el tratamiento del cáncer de mama? Especifique la suma de dinero gastada en pesos. Rta: 1. No 2. Si, especifique la suma gastada: \$ _____
18	¿Especificar el número de veces que usted o su familia tuvieron que gastar dinero de forma particular por algún medicamento oncológico? Rta: 1. Número de veces _____ 2. No aplica
19	¿Usted o su familia tuvieron que asumir gastos por transporte para obtener los medicamentos oncológicos? Especifique la suma de dinero gastada en pesos. Rta: 1. No 2. Si, especifique la suma gastada: \$ _____
20	¿Como consideraría usted la relación con su médico tratante durante el tratamiento de la enfermedad? Marque con una X su respuesta: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala
21	¿Como percibió usted la atención recibida en la EPS, durante el proceso de autorización de los medicamentos para el tratamiento de su enfermedad? Marque con una X su respuesta: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala
22	¿Como percibió usted la atención recibida en la Farmacia, mientras solicito la entrega de los medicamentos? Marque con una X su respuesta: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala
23	¿Como considera usted la información brindada durante el tratamiento del cáncer de mama? Marque con una X su respuesta: A. EPS: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala B. IPS: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala C. Farmacia: Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala
24	¿Como percibe que le fue en general durante el tratamiento de la enfermedad con los medicamentos oncológicos? Rta: 1. Excelente 2. Buena 3. Deficiente 4. Mala

25	<p>¿Percibió usted alguna de las siguientes dificultades durante el tratamiento de su enfermedad? Marque con una X sus respuestas:</p> <p>Rta: 1. EL pago de cuotas moderadoras                      4. Muchos trámites administrativos 2. Gastos de transporte    5. Otras dificultades _____ 3. Tiempo invertido en los servicios de salud              6. Ninguna</p>
----	--