

**“DETERMINACION DE LAS CAUSAS ADMINISTRATIVAS QUE IMPOSIBILITAN
EL ACCESO AL SERVICIO DE CUIDADO PALIATIVO A PACIENTES CON
CANCER”**

Autores

**Ligia Cristina Nieto Marín
Claudia Milena Raigoza Pinzón
Adriana Patricia Salazar Cardona
Gloria Patricia Herrera Castañeda
Sandra Milena Gutiérrez Cardona**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD
MANIZALES**

AGRADECIMIENTOS

Para la realización de esta investigación se hace necesaria la presencia de la Universidad católica de Manizales por pensar en brindar especializaciones de tanta calidad y nos brinda la oportunidad de que nos preparemos cada día más para alcanzar nuestros objetivos.

Gracias le damos de todo corazón a nuestros tutores porque con su dedicación, paciencia, motivación han contribuido con un granito de arena con nuestro aprendizaje, educación y a ser mejores personas.

Gracias a todo el equipo de trabajo, cada uno hemos dado lo mejor de sí para cumplir todas las etapas para la realización de este proyecto.

Nuestro agradecimiento a las empresas que nos permitieron realizar este estudio y nos brindaron las herramientas necesarias para desarrollar nuestro trabajo, igualmente agradecemos a los pacientes que a pesar de su condición médica tan amablemente nos colaboraron con el desarrollo de nuestro proyecto y se interesaron por este en especial con miras a lograr un cambio drástico que los beneficie.

Gracias a nuestras familias por su gran apoyo, por el tiempo que hemos dejado de compartir con ellos por estar dedicadas a sacar adelante nuestros planes, ellos son nuestro pilar, nuestro polo a tierra, nuestra motivación para luchar cada día por nuestros ideales.

En fin, tengo que agradecer a muchos que de una forma u otra, han contribuido a la realización de este trabajo. A todos, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
AGRADECIMIENTOS	2
2. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO	5
3. INTRODUCCION	6
4. OBJETIVOS	7
5. REFERENTE TEORICO	8
5.1. MARCO TEORICO	8
5.2. MARCO LEGAL	13
6. METODOLOGIA	16
7. RESULTADOS O DISCUSIÓN	19
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	26
8.1. CONCLUSIONES	26
8.2. RECOMENDACIONES	27
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28

TABLAS Y GRAFICOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Variables objeto del estudio
Tabla 2	Rangos De Edades Pacientes Con Cáncer Agresivo
Tabla 3	Pacientes Con Cáncer Agresivo por Género
Tabla 4	Tipos de Diagnósticos Más Frecuentes
Tabla 5	Causas Por Las Cuales No Se Ingresó al programa de Cuidado Paliativo

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1	Rangos de edades pacientes con cáncer agresivo
Grafico 2	Pacientes Con Cáncer Agresivo por Género
Grafico 3	Tipos de Diagnósticos Más Frecuentes
Grafico 4	Pacientes Inscritos al Programa de Cuidados Paliativos
Grafico 5	Pacientes Inscritos Y Nos Inscritos Al Programa De Cuidado Paliativo
Grafico 6	Causas Por Las Cuales No Se Ingresó al programa de Cuidado Paliativo

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Carta de autorización investigación.
Anexo 2	Encuesta
Anexo 3	Base de datos pacientes con cáncer agresivo



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y
DESARROLLO**

2. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

**DETERMINACION DE LAS CAUSAS ADMINISTRATIVAS QUE
IMPOSIBILITAN EL ACCESO AL SERVICIO DE CUIDADO PALIATIVO A
PACIENTES CON CANCER.**

Investigador Principal: **Estudiantes Especialización Administración de la Salud**

Coinvestigador: Gloria Patricia Herrera Castañeda C.C. 41.922.772	Dedicación: TC TP X MT
Coinvestigador: Adriana Patricia Salazar Cardona C.C. 41.955.390	Dedicación: TC TP X MT
Coinvestigador: Claudia Milena Raigosa Pinzón C.C. 41.930.831	Dedicación: TC TP X MT
Coinvestigador: Sandra Milena Gutiérrez Cardona C.C. 41.871.284	Dedicación: TC TP X MT
Coinvestigador: Ligia Cristina Nieto Marín C,C, 41.909.522	Dedicación: TC TP X MT
Asistente de Investigación: Dr. Rubén Darío Agudelo Loaiza	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: Gestión de la calidad - salud	
Área de conocimiento a la que aplica: Salud	
Programa de Posgrado al que se articula: Administración de la Salud	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: Armenia Departamento: Quindío	
Duración del Proyecto (periodos académicos): Dos semestres	

3. INTRODUCCIÓN

Esta investigación está basada en brindar bienestar integral a las personas por medio de los **programas de cuidados paliativos** y de definir por que los pacientes con cáncer en fases terminales no ingresan a estos programas en la institución Oncólogos de occidente S.A de Armenia Quindío.

La problemática a tratar en este trabajo menciona las causas e identifica barreras de acceso a estos servicios.

Nos motivamos a realizar este proyecto observando por medio de cifras el crecimiento del cáncer en los últimos años en el departamento del Quindío y el desconocimiento de toda la población afectada para ser tratado en fases terminales, además el incremento de costos en las diferentes áreas de la salud y el deterioro progresivo no solo de los enfermos sino también de toda su familia.

En este proyecto luego de realizar entrevistas a los diferentes afiliados y familiares y revisar historias clínicas se realizó un estudio de carácter descriptivo y retrospectivo identificando las causas administrativas por las cuáles no han podido beneficiarse de estos programas.

Esperamos con este trabajo, no solo lograr lo mencionado en el párrafo anterior sino lograr que las entidades de salud se concienticen de la importancia de estos programas, de sus beneficios no solo a niveles físicos y emocionales sino también de la gran contribución que hacen al costo médico dentro de las instituciones de salud y en general del gran aporte que generan al sistema general de seguridad en salud.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las causas administrativas por las cuales los pacientes diagnosticados con cáncer terminal, en la ciudad de Armenia no recibe el servicio de cuidado paliativo en un periodo de agosto a diciembre de 2014 y de enero a junio de 2015.

5. REFERENTE TEÓRICO

5.1 MARCO TEÓRICO

Los cuidados paliativos se iniciaron en el movimiento de los hospicios y ahora es ampliamente utilizada fuera de los cuidados de hospicio tradicionales. **Hospicios** originalmente eran lugares de descanso para los viajeros en el siglo cuarto. En el siglo 19, una orden religiosa estableció centros de cuidados paliativos a los moribundos en Irlanda y en Londres.

El movimiento de los hospicios ha crecido dramáticamente en los últimos años. En el Reino Unido en 2005 había poco menos de los servicios de hospicio 1700 que consta de 220 unidades de hospitalización para adultos, con 3.156 camas, 33 unidades de hospitalización para los niños con 255 camas, 358 servicios de atención domiciliaria, 104 de hospicio en servicios para el hogar, 263 servicios de atención de día, 293 equipos de hospital. Estos servicios, juntos han ayudado a más de 250.000 pacientes entre 2003 y 2004. Financiado 100% por el Servicio Nacional de Salud.

Cuidados paliativos en los Estados Unidos han pasado de ser un movimiento de voluntarios dirigido a mejorar la atención de personas que mueren solos, aislados, o en los hospitales, a una parte importante del sistema de atención de salud. En 2005 más de 1,2 millones de personas y sus familias reciben cuidados paliativos.

Los equipos de cuidados paliativos se han vuelto muy hábiles en la prescripción de medicamentos para los síntomas físicos, y han sido fundamentales para mostrar cómo las drogas como la morfina se pueden usar con seguridad, manteniendo el umbral del dolor de un paciente en las condiciones más óptimas posibles. Sin embargo, cuando un paciente presenta un síntoma fisiológico, hay a menudo síntomas psicológicos, sociales o espirituales. El equipo interdisciplinario, que a menudo incluye un trabajador social o un consejero y un capellán, pueden desempeñar un papel en ayudar al paciente y a la familia a lidiar con esta situación, y de esta manera la función del acompañamiento del paciente va más allá del ámbito médico.

Por lo general, los pacientes en cuidados paliativos aquejan dolor, sienten temores sobre su futuro, la pérdida de la independencia, se preocupan por su familia, y sentirse como una carga. Mientras que algunos pacientes desean hablar de preocupaciones psicológicas o espirituales, otros no, esto es de fundamental importancia para evaluar cada individuo y familia, pues todas requieren intervención de diferente índole, ya que así como las enfermedades oncológicas y su comportamiento natural son diversas, los síntomas de los pacientes su progreso en la enfermedad y su relación con la familia son diversas, requieren de la multidisciplinariedad en el abordaje y el entendimiento de que el cáncer es solo un

factor desencadenante de problemáticas que van más allá de la salud, esto no es fácil de entender y menos para los entes administrativos, tanto los pacientes como sus familias necesitan de diferentes intervenciones de apoyo.

MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE CANCER PROGRESIVO Y TERMINAL, QUE REQUIEREN CUIDADOS PALIATIVOS.

Se establece que la Enfermedad Crónica, es una situación que se caracteriza por una evolución lenta, de larga duración y presencia de largos períodos de latencia, pero que igualmente generan gran morbimortalidad.

Las personas con enfermedades crónicas, en ocasiones requieren de una atención inmediata pero siempre de observación y atención prolongada, (Barret – CONNOR 1979) estas enfermedades son multicausales y complejas, y de evolución prolongada en el tiempo; pueden ser la manifestación de la evolución progresiva de una enfermedad hacia la complicación de órganos y sistemas, generalmente se caracterizan por la no reversibilidad.

En los últimos años se ha observado una tendencia al incremento de enfermedades crónicas no solo en Latinoamérica sino en el ámbito mundial. De hecho, esto se denomina **transición epidemiológica**, es decir la prevalencia de las enfermedades infecciosas ha sido reemplazada por las enfermedades crónicas que ya son actualmente las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial.

Actualmente, las enfermedades crónicas causan el 60% de la carga de morbilidad mundial. Debido a su continuo aumento, se calcula que para el año 2020 los países en vías de desarrollo pueden tener hasta un 80% de su carga de morbilidad proveniente de problemas crónicos, incluyendo en estos los accidentes de tránsito, que dejan como secuela discapacidades permanentes y trastornos mentales.

Ahora bien hay otro fenómeno que debemos tener presente, no solo es la transición epidemiológica, existe también la **transición demográfica**, en la cual la población mundial cada vez es esta más “envejecida” es decir, la población mayor de 60 años está empezando a cambiar las pirámides poblacionales y como es reconocido a nivel medico científico la prevalencia de las enfermedades oncológicas es mayor a medida que aumenta la edad cronológica.

El aumento de las enfermedades crónicas en Latinoamérica, implicará una mayor carga para el sistema de salud en los próximos 20 años.

Definiciones

“**Medicina paliativa** es la [especialidad médica](#) que centra su atención en los [enfermos terminales](#), es decir, aquellos cuya expectativa de vida es relativamente corta por causa de una enfermedad que no responde a los tratamientos curativos.

La **medicina paliativa** está enfocada en lograr la máxima calidad de vida y actividad en los pacientes terminales, sin intentar acortar ni alargar la vida, procurando el [alivio del dolor](#) y otros síntomas estresantes. Además, integra los aspectos psicológicos y espirituales en la aplicación de los cuidados, considerando activamente a la familia del paciente, tanto durante el proceso como en el [duelo](#).

Los **cuidados paliativos** incluyen no sólo los [tratamientos médicos](#) y [farmacológicos](#) que se dan a los pacientes terminales, sino que también todas las atenciones del equipo [interdisciplinario](#): [psicológicas](#), de [enfermería](#), [sociales](#), de [terapia ocupacional](#) y [pastorales](#). Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte integral para el paciente y su familia.

La Definición de la [Sociedad Europea de Cuidados Paliativos](#)

"Los cuidados paliativos afirman la vida y consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan. Se administran para mantener la mejor calidad de vida posible hasta la muerte."

Definición del [Instituto Nacional del Cáncer](#) (National Cancer Institute) de los [Estados Unidos](#)

"El cuidado paliativo es la atención que se brinda para mejorar la calidad de vida de los pacientes de una enfermedad grave o potencialmente mortal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo, y tratamiento de los síntomas."

"Los cuidados paliativos son un concepto de la atención al paciente que incluye a profesionales de la salud y a voluntarios que proporcionan apoyo médico, psicológico y espiritual a enfermos terminales y a sus seres queridos. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida, es decir, en la paz, la comodidad y la dignidad. Una de las metas principales de los cuidados paliativos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. Los servicios de cuidados paliativos están disponibles para personas que ya no pueden beneficiarse de los tratamientos curativos; el paciente

típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. Los programas de cuidados paliativos proporcionan servicios en varias situaciones: en el hogar, en centros de cuidados paliativos, en hospitales o en establecimientos capacitados para asistir enfermos. Las familias de los pacientes son también un enfoque importante de los cuidados paliativos, y los servicios están diseñados para proporcionarles la asistencia y el apoyo que necesitan."

Definición de la [OMS](#)

"Los Cuidados Paliativos son un modo de abordar la enfermedad avanzada e incurable que pretende mejorar la calidad de vida tanto de los pacientes que afrontan una enfermedad como de sus familias, mediante la prevención y el [alivio del sufrimiento](#) a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno [tratamiento del dolor](#) y de otros problemas tanto físicos como psicosociales y espirituales.

Los cuidados paliativos y por extensión los equipos de cuidados paliativos

- proporcionan [alivio al dolor](#) y a otros síntomas;
- defienden la vida (son "vitalistas") pero contemplan la muerte como un proceso natural;
- no intentan acelerar ni posponer el fallecimiento;
- incorporan los aspectos psicológico y espiritual en la atención al paciente;
- proporcionan un apoyo para ayudar a los pacientes a mantener hasta el fallecimiento, dentro de sus limitaciones, el mayor nivel de actividad;
- ofrecen su ayuda a la familia a lo largo del proceso de la enfermedad y, luego, en el duelo;
- trabajan en equipo para resolver el conjunto de necesidades del paciente y de sus familiares incluido, cuando es preciso, el apoyo en el duelo;
- no sólo pretenden mejorar la calidad de vida, sino que pueden influir también de manera positiva en el curso de la enfermedad;
- se pueden aplicar de manera temprana en la evolución de la enfermedad asociados a otros tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia, dirigidos a prolongar la supervivencia, y abarcan también los estudios encaminados a comprender y a tratar de manera más adecuada las complicaciones que puedan afectar al paciente."

Características y objetivos de los programas

Las características peculiares del sistema de cuidados paliativos, que le diferencian del sistema tradicional de atención al enfermo en situación terminal, serían las

siguientes:

- En este tipo de asistencia la unidad de cuidado está constituida por el paciente más la familia. Es esencial incluir a la familia completa para conseguir que la atención al paciente sea la mejor posible.
- El equipo de asistencia es multidisciplinar: médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario.
- Por la situación terminal de enfermedad en la que se encuentran los pacientes que reciben cuidados paliativos, los tratamientos empleados frente al dolor y demás síntomas físicos serán principalmente de intención paliativa. Además, el equipo debe proporcionar el soporte necesario para vencer el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan a la familia y a la mayoría de los pacientes.
- Casi por definición, por su carácter interdisciplinar y por estar centrada en el paciente, la medicina paliativa es integradora y no supone una exclusión de otros especialistas ni de tratamientos activos que tengan la misma intención paliativa y velen primordialmente por el bienestar del paciente. Por subrayar la novedad o diferencia de los cuidados paliativos en los comienzos, esta característica integradora ha podido no estar patente. Modernamente, reflejando el mayor interés en las especialidades relacionadas, especialmente en Geriátrica y Oncología, la medicina paliativa se ha incluido en ellas con denominaciones más amplias como “cuidados al final de la vida” o “cuidados continuados en oncología”.
- Los cuidados paliativos suponen donde se implantan un cierto cambio estructural para proporcionar garantías de asistencia paliativa al enfermo terminal en el momento y también en el lugar que se necesite, y con las características habituales en cuidados paliativos: atención global por un equipo interdisciplinar y que siempre incluya a la familia.

Objetivos de los programas de cuidados paliativos

Los objetivos de cualquier programa de cuidados paliativos son:

1. Control de síntomas; de forma particular el dolor. En un programa de cuidados paliativos los síntomas son el primer objetivo en una estrategia terapéutica, pero no el único, ni con frecuencia, el objetivo más difícil de conseguir. En cualquier caso los profesionales han de ser expertos en control sintomático ya que es frecuente que estos pacientes tengan síntomas múltiples e intensos, multifactoriales y muy cambiantes. Por ejemplo, dolor, dificultad respiratoria severa, náuseas y vómitos, depresión, heridas que no cicatrizan bien, etc.
2. Prestar a los pacientes una atención personalizada e integral que abarque todas las esferas afectadas por la enfermedad: aspectos psicoemocionales,

comunicación, información, asistencia espiritual, con participación activa del enfermo).

3. Servir de soporte a la familia y facilitar al paciente la relación y la comunicación dentro de su medio familiar. El programa de paliativos debe contar con recursos suficientes para atender las necesidades o problemas sociales del enfermo y la familia.
4. Mantener a los profesionales que realizan el trabajo de cuidar al enfermo en condiciones óptimas, mitigando el desgaste emocional y otras repercusiones psicológicas negativas.”

“Cuidados Paliativos. Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.”⁸

5.2 MARCO LEGAL

- Res 1383 del 2013 Plan decenal 2012-2021

“Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia”, declaró el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional.

“por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, señaló que su objeto es “disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin”

- Ley 1384 del 2010 Sandra Ceballos.

Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo

- Res 1419 del 2013 Unidades funcionales.

Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos y de las Unidades Funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones.

- Res 1441 del 2013 Condiciones de habilitación.

Tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir:

a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,

b) los Profesionales Independientes de Salud,

c) los Servicios de Transporte Especial de pacientes,

d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

- Ley 1388 del 2010 Derecho a la vida de los niños con cáncer.

Objeto de la ley: Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin.

Ley 1733 de 2014 ley consuelo devis Saavedra.

Objeto. Esta ley reglamenta el derecho que tienen las personas con enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en cuidados paliativos que pretende mejorar la calidad de vida, tanto de los pacientes que afrontan estas enfermedades, como de sus familias, mediante un tratamiento integral del dolor, el alivio del sufrimiento y otros síntomas, teniendo en cuenta sus aspectos psicopatológicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, de acuerdo con las guías de práctica clínica que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para cada patología. Además, manifiesta el derecho de estos pacientes a desistir de

manera voluntaria y anticipada de tratamientos médicos innecesarios que no cumplan con los principios de proporcionalidad terapéutica y no representen una vida digna para el paciente, específicamente en casos en que haya diagnóstico de una enfermedad en estado terminal crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida.

Estas leyes aplican para los servicios oncológicos y por tal motivo se relacionan con el proyecto, puesto que estamos realizando un estudio de los cuidados paliativos en los pacientes con cáncer.

6. METODOLOGÍA

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo, de las bases de datos de los usuarios con diferentes tipos de cáncer terminal en la ciudad de Armenia durante el periodo de agosto a diciembre de 2014 y de enero a junio de 2015 que **no accedieron** a un programa de cuidados paliativos para identificar las causas administrativas por las cuales no pudieron ser beneficiados de estos programas.

El estudio descriptivo es un tipo de metodología a aplicar para deducir un ambiente o circunstancia que se está presentando; se aplica describiendo todas sus dimensiones y las características más importantes del fenómeno que se va a estudiar.

Los datos retrospectivos se describen como estudios que se realizan a partir de fuentes secundarias, tales como: archivos, historias clínicas, informes de laboratorio, entre otras. En este caso nos basaremos en los archivos de historia clínica de los pacientes diagnosticados con cáncer terminal.

UNIVERSO

El universo lo conforman 1367 usuarios que durante el periodo comprendido entre Agosto de 2013 a Junio 2014 se les realizó tratamiento de cáncer terminal en el municipio de Armenia Quindío.

POBLACIÓN OBJETO

La población objeto del estudio son usuarios, que han recibido tratamiento oncológico entre agosto de 2013 y junio de 2014 en la ciudad de Armenia Quindío, los cuales tienen un rango de edad entre los 16 y 95 años, correspondientes a un 42% de sexo femenino y un 58% de sexo masculino.

MUESTRA

Según los cálculos para determinar la población muestra del estudio (calculados a través de <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>) la muestra sería de 301 pacientes tratados dentro de la institución de oncólogos del occidente S.A en el periodo agosto 2013 a junio 2014, en Armenia Quindío, la confiabilidad de la muestra es el 95% y el error permitido sería el 5%

INSTRUMENTO

Los datos recolectados se listarán en una plantilla donde se puedan observar datos demográficos de los pacientes como tipo de cáncer, edad, sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico, afiliación al sistema de salud, creencia religiosa, tipo de intervención terapéutica y si accedieron o no a cuidados paliativos, las causas administrativas se determinarán por medio de encuestas realizadas a los pacientes y sus familiares

Edad	Tipo de cáncer	Sexo	Nivel educativo	Estrato	Tipo afiliación	Tratamiento recibido	Religión	Cuidados paliativos

FUENTES PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN:

Fuentes secundarias: base de datos sociodemográficos de los pacientes atendidos durante el periodo comprendido entre Agosto de 2013 a Junio 2014, en la ciudad de Armenia Quindío.

Inicialmente se enviarán cartas de autorización a las entidades promotoras de salud con el fin de que nos permitan conocer el número de pacientes diagnosticados con cáncer terminal, igualmente se emitirán dichos oficios a las instituciones prestadoras de servicios en donde se ofrece el servicio de cuidados paliativos para que nos permitan conocer el número de usuarios con cáncer terminal que han accedido a recibir dicho servicio.

Se realizarán encuestas a los pacientes con cáncer terminal y a sus familiares en donde se indagaran si han recibido o no el servicio de cuidado paliativo y los motivos o barreras de acceso presentadas.

Una vez se tenga dicha información se tabularán los registros en unas tablas realizadas en Microsoft excel con el fin de reunir la información necesaria para desarrollar nuestra investigación.

Adicionalmente se elaborará una base de datos en el programa SPSS versión 22, en el cual se registrará la información recolectada para generar estadísticas necesarias para la elaboración de la investigación.

Después de registrada dicha información se realizará una auditoría para verificar la calidad y validez de la información registrada en la base de datos.

Posteriormente se realizarán análisis estadísticos univariados concentrándonos en cada variable de modo independiente y a través de porcentajes determinará el número de pacientes que recibieron el servicio de cuidado paliativo y los que no lo recibieron.

VARIABLES DEL ESTUDIO

En la **Tabla 1**, se consolidan las variables consideradas pertinentes y cuya recolección, consolidación y análisis permite el logro de los objetivos del estudio

Tabla 1. Variables objeto del estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable
1. Edad	Condición cronológica básica para la determinación de estados de salud	Se mide en rangos determinados por grupos etáreos quinquenales	Cuantitativa
2. Sexo	Característica de género de todo ser humano	Femenino	Cualitativa
		Masculino	
3. Diagnóstico	determinación del estado de salud y patología	Al momento de la realización del tratamiento	Cualitativa
4. EPS	Empresa Prestadora del Servicio de Salud	Empresa responsable de la autorización del evento	Cuantitativa
5. IPS	Institución prestadora del servicio de salud	Empresa responsable de la atención integral	Cuantitativa
6. Causas	situación que determina una conducta		Cualitativa
7. Tipo de tratamiento	conducta medica que contribuye al bienestar de las personas		Cualitativa
8. Cuidados Paliativos	programa encaminado a mejorar la calidad de vida de los pacientes en fase terminal	recibió el servicio (S/N)	Cuantitativa

7. RESULTADOS O DISCUSIÓN

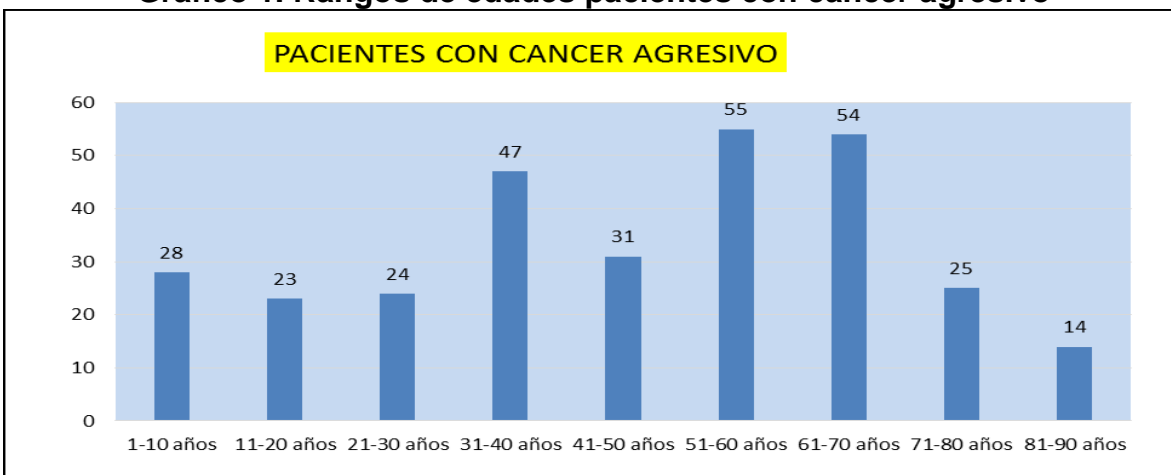
Se realiza el análisis de la información recolectada se tiene en cuenta la armonía y sincronización entre el objetivo, la pregunta de investigación y las variables determinadas en el estudio.

En la **tabla 2** se determinan los rangos de edades de los pacientes diagnosticados con cáncer agresivo en la ciudad de Armenia Quindío, de acuerdo al análisis realizado en el **grafico 1** se puede observar que de los 301 pacientes con diagnóstico de cáncer agresivo, el rango de edad más frecuente es de los 51 a los 60 años.

Rangos de Edad	Cantidad
1-10 años	28
11-20 años	23
21-30 años	24
31-40 años	47
41-50 años	31
51-60 años	55
61-70 años	54
1-80 años	25
81-90 años	14

Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Grafico 1. Rangos de edades pacientes con cáncer agresivo



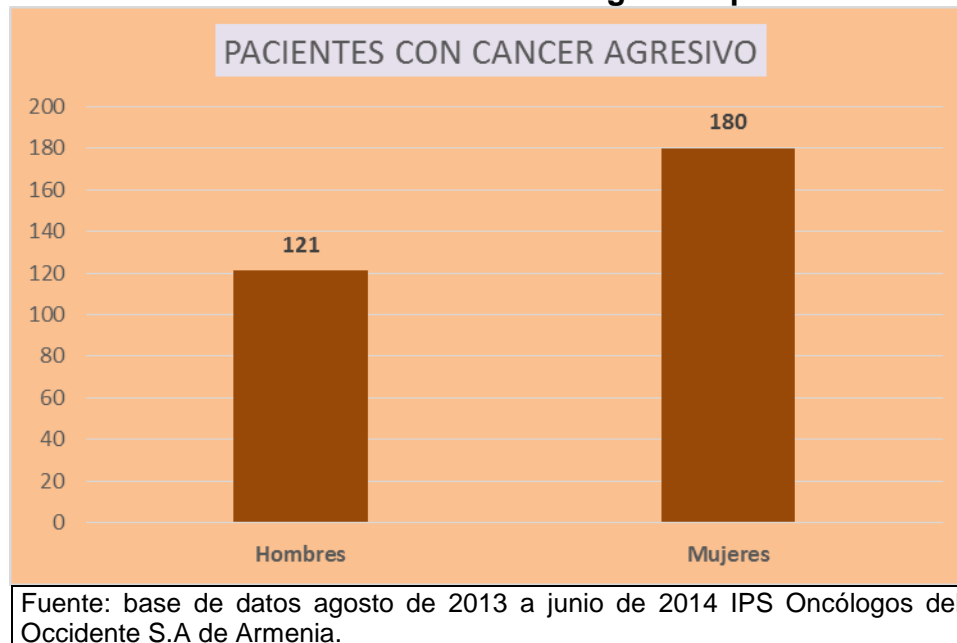
Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Según el **Grafico 2**, podemos observar que el porcentaje de mujeres con diagnóstico de cáncer agresivo es del 59% siendo más representativo que en los hombres.

Tabla 3. Pacientes Con Cáncer Agresivo por Genero	
Sexo	Cantidad
Hombres	121
Mujeres	180

Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Grafico 2. Pacientes Con Cáncer Agresivo por Genero



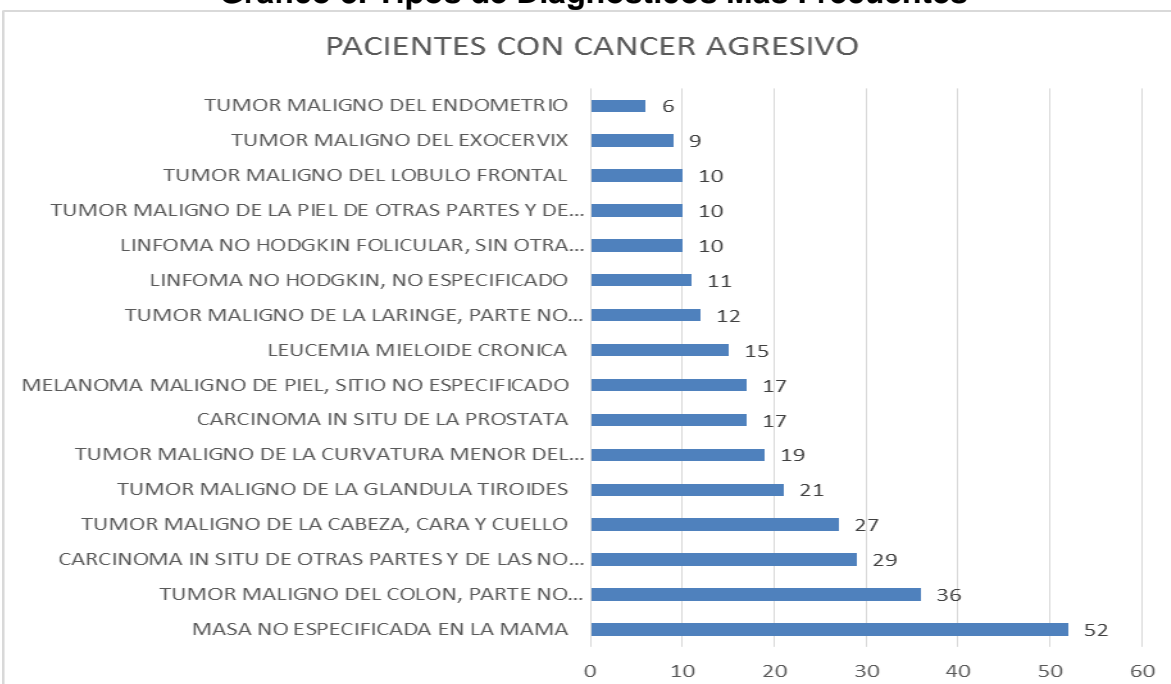
En la **tabla 4** se observa que los primeros cinco tipos de cáncer más comunes son el cáncer de mama con un total de 52 pacientes, el tumor maligno del colon con un total de 36 pacientes, el carcinoma in situ de otras partes y de las no especificadas del intestino con un total 29 pacientes, el tumor maligno de la cabeza, cara y cuello con un total de 27 pacientes y finalmente el tumor maligno de las glándulas tiroides con un total de 21 pacientes, estos son los diagnósticos que más prevalecen en la población evaluada.

Tabla 4. Tipos de Diagnósticos Más Frecuentes

Diagnostico	Cantidad
MASA NO ESPECIFICADA EN LA MAMA	52
TUMOR MALIGNO DEL COLON, PARTE NO ESPECIFICADA	36
CARCINOMA IN SITU DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DEL INTESTINO	29
TUMOR MALIGNO DE LA CABEZA, CARA Y CUELLO	27
TUMOR MALIGNO DE LA GLANDULA TIROIDES	21
TUMOR MALIGNO DE LA CURVATURA MENOR DEL ESTOMAGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	19
CARCINOMA IN SITU DE LA PROSTATA	17
MELANOMA MALIGNO DE PIEL, SITIO NO ESPECIFICADO	17
LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA	15
TUMOR MALIGNO DE LA LARINGE, PARTE NO ESPECIFICADA	12
LINFOMA NO HODGKIN, NO ESPECIFICADO	11
LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR, SIN OTRA ESPECIFICACION	10
TUMOR MALIGNO DE LA PIEL DE OTRAS PARTES Y DE LAS NO ESPECIFICADAS DE LA CARA	10
TUMOR MALIGNO DEL LOBULO FRONTAL	10
TUMOR MALIGNO DEL EXOCERVIX	9
TUMOR MALIGNO DEL ENDOMETRIO	6

Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

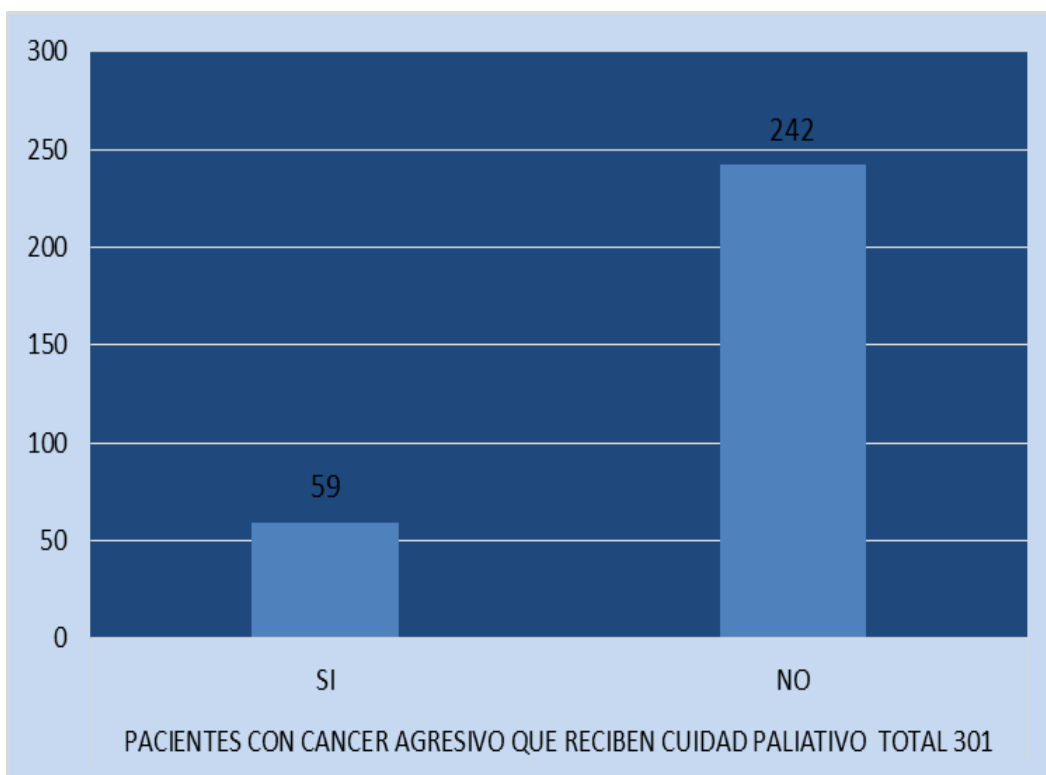
Grafico 3. Tipos de Diagnósticos Más Frecuentes



Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Según el estudio realizado a las encuestas aplicadas a los 301 pacientes con diagnóstico de cáncer agresivo, se pudo evidenciar que solo 59 pacientes están inscritos en el programa y reciben los cuidados paliativos, según como se aprecia en el **grafico 4**.

Grafico 4. Pacientes Inscritos al Programa de Cuidados Paliativos

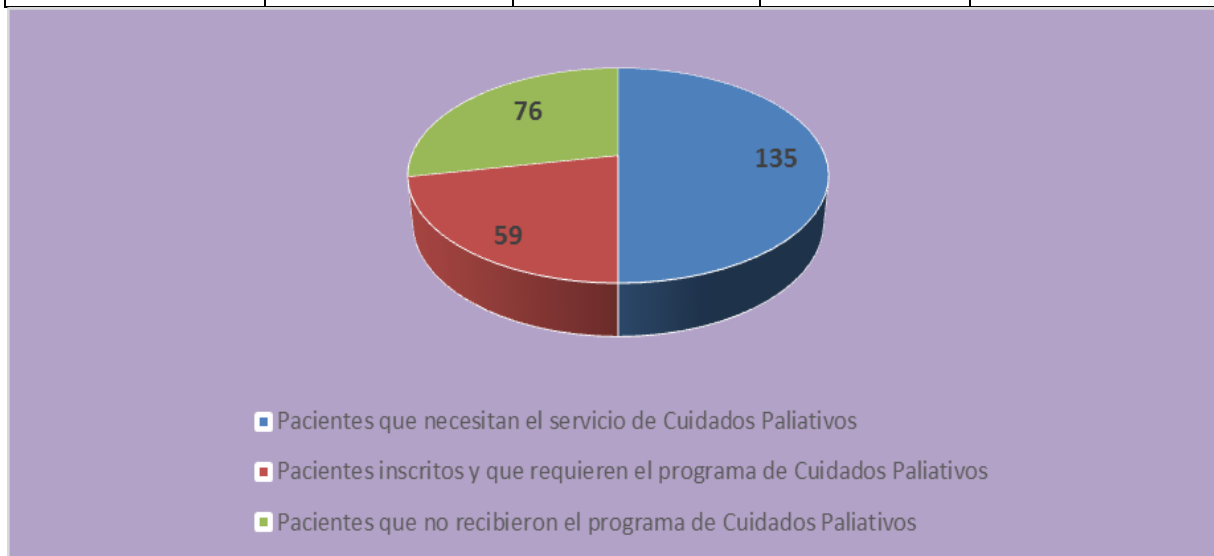


Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia

Una vez analizados los 301 pacientes con diagnóstico de cáncer, en el **Grafico 5** pudimos definir de acuerdo a las encuestas aplicadas que 166 pacientes no requieren del servicio de cuidado paliativo, por lo tanto no se encuentran inscritos al programa, 135 pacientes si requieren por su condición médica recibir el servicio de cuidado paliativo, pero de esta muestra solo 59 pacientes están inscritos, por lo tanto tenemos 76 pacientes no inscritos que no recibieron el servicio.

Grafico 5. Pacientes Inscritos Y No Inscritos Al Programa De Cuidado Paliativo

Pacientes tratados en oncólogos del occidente	Pacientes que NO necesitan el servicio de Cuidados Paliativos	Pacientes que necesitan el servicio de Cuidados Paliativos	Pacientes inscritos y que requieren el programa de Cuidados Paliativos	Pacientes que no recibieron el programa de Cuidados Paliativos
301	166	135	59	76



Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Podemos observar en la **tabla 5** que de acuerdo a las encuestas aplicadas, se determinó que de 135 pacientes que debían recibir el servicio de cuidados paliativos, 76 pacientes no lograron acceder a este programa por diferentes causas, de las cuales las más sobresalientes son:

- ✓ La No autorización por parte de la EPS que representa un 37% del total de pacientes no inscritos al programa.
- ✓ El desinterés por parte del usuario por ingresar al programa de cuidado paliativo que representa un 22% del total de pacientes no inscritos al programa.
- ✓ La entidad remitió al usuario a otro prestador de salud en otra ciudad que representa un 9% del total de pacientes no inscritos al programa.

Tabla 5. Causas Por Las Cuales No Se Ingresó al programa de Cuidado Paliativo

Causa	cantidad	%
La EPS afiliada NO autoriza el Servicio	28	37%
No me interesa ingresar al programa	17	22%
La EPS me remitió para otra ciudad a recibir el tratamiento	7	9%
Requiero otras opciones de tratamiento disponibles para curar mi enfermedad	5	7%
No deseo que mi familia se entere de mi enfermedad	5	7%
Mis principios culturales y religiosos no me lo permiten	5	7%
Solicite que me remitieran a otro prestador	4	5%
No cuento con un Familiar en casa que se encargue de realizar mis tramites con la EPS	3	4%
No poseo capacidad económica para suplir los costos del tratamiento	2	3%

Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Grafico 6. Causas Por Las Cuales No Se Ingresó al programa de Cuidado Paliativo



Fuente: base de datos agosto de 2013 a junio de 2014 IPS Oncólogos del Occidente S.A de Armenia.

Tal como se estableció desde el inicio de esta investigación se pretende identificar las causas administrativas por las cuales los pacientes diagnosticados con cáncer terminal no reciben el servicio de cuidado paliativo en la ciudad de Armenia, después de realizar las encuestas y tabular la información recolectada, se realizan análisis y se presentan a través de tablas en donde de manera muy puntual podemos observar que de las nueve (9) causas detectadas solo dos (2) son causas administrativas que impiden el acceso al servicio, pero que su porcentaje con relación al número de pacientes es representativo para nuestra investigación:

La primera causa administrativa que se identificó con un porcentaje del 37% es la No autorización del servicio por parte de la EPS, esta causa genera un deterioro progresivo en el paciente con cáncer, agravando su estado actual de salud y su calidad de vida, esto conlleva a que el paciente deba acudir al servicio de urgencias para su estabilización y muy posiblemente deba ser hospitalizado, generando esto unos costos adicionales mucho mayores al costo del servicio de cuidados paliativos.

La segunda causa administrativa identificada es que la EPS remitió al usuario a otro prestador de salud en otra ciudad, esta causa representa un porcentaje del 9%, en donde se aprecia que la entidad intenta reducir los costos del servicio con el prestador más bajo en precios, pero no tiene en cuenta que para el usuario es dispendioso y costoso trasladarse a otra ciudad a recibir dicho servicio y muchos de los pacientes al ver la necesidad de continuar su tratamiento, recurren al uso de tutelas que a la larga benefician al usuario ya sea remitiéndolo a la IPS de la ciudad o exigiendo el pago por parte de la EPS de los gastos que ocasionan el desplazamiento a otra ciudad, esto igualmente generaría para la EPS un sobre costo adicional.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 CONCLUSIONES

- Se determinaron dos causas administrativas por las cuales estos pacientes diagnosticados con cáncer agresivo no pudieron acceder al servicio de cuidado paliativo en la ciudad de Armenia.

Causa 1. La EPS no autorizó el servicio de cuidado paliativo a un total de 28 pacientes que corresponden al 37% del total.

Causa 2. La EPS remitió a un total de 7 usuarios a otra ciudad a recibir el servicio de cuidado paliativo que corresponden a un 9% del total.

- Solo 59 pacientes de 135 en total recibieron el servicio de cuidado paliativo en la ciudad de Armenia.
- 76 pacientes que requerían el servicio de cuidado paliativo no pudieron acceder a este.
- En dicha investigación aparecieron otras causas de carácter cultural, económico, religioso y familiares tales como:

Desinterés por ingresar al programa

Diferentes opciones de tratamiento

El deseo de que la familia no se entere de su estado de salud

Principios culturales y religiosos

Solicitud de otro prestador

Sin capacidad económica

Sin familiares para realización de trámites.

- La EPS está incurriendo en unos sobre costos innecesarios debido a la no autorización del servicio de cuidado paliativo.
- Se cumplió el objetivo del estudio realizado.

8.2 RECOMENDACIONES

- Es importante que el sector salud (EPS, IPS) revisen y fortalezcan el servicio de cuidado paliativo con el fin de determinar su importancia, sus beneficios tanto para pacientes, como para ambas entidades de salud.
- Igualmente es importante que ambas entidades (EPS, IPS) realicen negociaciones que sean fructíferas para las dos partes, en cuanto a contrataciones, precios, inclusiones, etc, esto con el fin de prestar un mejor y oportuno servicio a los usuarios, evitar la generación de sobre costos a las EPS y que la IPS gane reconocimiento por el buen servicio y la calidad con que cuenta.
- Dar a conocer a las EPS´S las causas administrativas que arrojó este estudio, con el fin de que las entidades realicen una revisión interna que establezca los correctivos necesarios, para que estas situaciones no se vuelvan a presentar.
- Las entidades promotoras de salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, dadas las condiciones y los riesgos de los pacientes con diagnóstico de cáncer agresivo, los costos sociales, familiares e institucionales que ello acarrea, deben tener dentro de sus propósitos, un plan de trabajo en equipo y de capacitación y educación continuada para su Talento Humano, que garantice la actualización, competitividad, idoneidad, accesibilidad, equidad y racionalidad técnica y económica, tanto para los pacientes, como para el sector salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cancer Pain Relief And Palliative Care. WHO Tech Rep Ser 1990:15-17.
2. Parkin DM, Laara E, ;Muir CS. Estimates Of The World Wide Frequency Of Sixteen Major Cancers. Int J Cancer 1988;41:184-197.
3. Montejo-Rosas Gustavo, Ensayo El Enfermo Con Cáncer Incurable Y La Medicina Paliativa En Mexico, 1992,pag. 4
4. Organización Panamericana De La Salud. (1998) Guía De Cuidados Paliativos. Washington. D.C.
5. Pinto Natividad. Comprender La Situación De Cronicidad Que Viven Nuestros Paciente, Grupo De Cuidado, Investigación Y Cuidado En América Latina, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de enfermería, Unibiblos 2005, Pág. 303-322.
6. News Medical. Historial Sobre Los Cuidados Paliativos. Feb 2011. Online: [http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-History-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Palliative-Care-History-(Spanish).aspx)
7. Healt vital. Acceso los cuidados paliativos?.14 marzo 2013. online: <http://www.vitalhealth.pt/opiniao/1665-e-o-acesso-aos-cuidados-paliativos>
8. Ministerio De Salud Y Proteccion Social. Ley 1733 de 2014,Republica de Colombia.
9. REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD RESOLUCION N° 8430 DE 1993 (4 DE OCTUBRE DE 1993). Online: [http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993 - Salud.pdf](http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res_8430_1993_-_Salud.pdf)