

**DESCRIPCIÓN DEL USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR
PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS EN COLOMBIA
ENTRE 2011 Y 2015**

**José V. Díaz Angarita - Joffre A. Guzmán Laguna - Laura V. López Suárez - María C.
Martínez Franco - Lorena J. Moncaleano Jiménez**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA**

Bogotá, (08 de mayo del 2019)

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA**

**DESCRIPCIÓN DEL USO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS POR
PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS ONCOLÓGICOS EN COLOMBIA
ENTRE 2011 Y 2015**

**DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES
PREGRADO DE MEDICINA**

**José V. Díaz Angarita - Joffre A. Guzmán Laguna - Laura V. López Suárez - María C.
Martínez Franco - Lorena J. Moncaleano Jiménez**

Asesores:

Dra. Carolina Gutiérrez López
MSc. William Iván López Cárdenas
Dra. Diana Carolina Rubio León



Responsabilidad institucional

La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

Agradecimientos

A la Dra. Carolina Gutiérrez López, al MSc. William Iván López Cárdenas y a la Dra. Diana Carolina Rubio León por su excelente tutelaje, consejos e inagotable energía.

Al Instituto de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque por su constante apoyo a la visión este trabajo.

A la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque por brindarnos un magnífico soporte académico para el desarrollo y culminación de este trabajo, y por permitirnos iniciar nuestra contribución a las ciencias médicas.

A nuestros padres por inspirarnos a alcanzar nuestros logros, incluyendo este trabajo.

Tabla de contenido

Resumen.....	8
1. Introducción.....	8
2. Objetivos.....	12
2.1 <i>Objetivo general</i>	12
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	12
3. Metodología.....	13
3.1 <i>Tipo de estudio y fuentes de información seleccionadas</i>	13
3.2 <i>Población de estudio y selección de variables</i>	13
3.3 <i>Proceso para el análisis de datos secundarios</i>	18
3.4 <i>Limitaciones del estudio</i>	20
3.5 <i>Consideraciones éticas</i>	20
4. Resultados.....	22
4.1 <i>Indicador del porcentaje de atenciones de urgencias en pacientes con diagnóstico oncológico</i>	22
4.2 <i>Indicador de la porcentaje de atenciones según tipo de tumor</i>	24
4.3 <i>Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y grupo de edad (en decenios)</i>	26
4.4 <i>Indicador del porcentaje de atenciones de urgencias por régimen de afiliación</i>	30
4.5 <i>Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia según el departamento de la institución prestadora de servicios de salud (IPS)</i>	31
5. Discusión.....	33
6. Conclusión.....	35
Referencias.....	37

Lista de tablas

<i>Tabla 1. Códigos de los tipos de tumores registrados en la base de datos del SISPRO, según el CIE- 10 del C00 al D48.</i>	<i>14</i>
<i>Tabla 2. Variables Seleccionadas para el estudio.</i>	<i>15</i>
<i>Tabla 3. Porcentaje de registros perdidos al realizar el cruce de variables en SISPRO-RIPS</i>	<i>17</i>

Lista de figuras

<i>Figura 1. Porcentaje de atenciones de urgencias en pacientes con diagnóstico oncológico a nivel departamental con respecto al total de atenciones nacionales para el período 2011 al 2015.</i>	<i>23</i>
<i>Figura 2. Porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias según tipo de tumor para el período 2011 al 2015.....</i>	<i>25</i>
<i>Figura 3. Porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y grupo de edad (en decenios) de los pacientes femeninos.</i>	<i>27</i>
<i>Figura 4. Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y grupo de edad (en decenios) de los pacientes masculinos.</i>	<i>29</i>
<i>Figura 5. Porcentaje de atenciones de urgencias por régimen de afiliación (según el CIE-10), durante el periodo 2011 a 2015.....</i>	<i>31</i>
<i>Figura 6. Porcentaje de atenciones de urgencia según el departamento de la institución prestadora de servicios de salud (según el CIE-10), durante el periodo 2011 a 2015.....</i>	<i>32</i>

Resumen

La investigación describe el uso de los servicios de urgencias por personas con diagnósticos oncológicos en Colombia entre el 2011 y el 2015. Es un estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, que se realizó mediante el análisis de datos secundarios obtenidos del Sistema integral de información de la protección social (SISPRO), cubo de datos del registro individual de presentación de servicios de salud (RIPS), de acuerdo a los códigos del CIE-10. Los resultados muestran que las regiones de Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca exhiben un mayor número de atenciones en el servicio de urgencias en contraste a las zonas rurales del país. Del mismo modo existe mayor acceso de atención en el régimen contributivo en contraposición al régimen subsidiado y vinculado. Se concluyó que existe una alta demanda por parte de pacientes con diagnóstico de cáncer linfático, de órganos digestivos y de genitales para ambos sexos, que cambia dependiendo del grupo etario.

Palabras clave: Neoplasias, Diagnóstico, Clasificación Internacional de Enfermedades, Servicios Médicos de Urgencia, Prestación de Atención de Salud, Sistemas de Salud, Sexo, Grupos de Edad, Factores de Riesgo.

Abstract

This paper describes the use of emergency services by people with any cancer diagnosis in Colombia between 2011 and 2015. It is a descriptive, quantitative cross-sectional study, done through the analysis of secondary data obtained from the Comprehensive Information System of Social Protection (SISPRO), a data cube of the Individual Registry of presentation of Health Services (RIPS), according to ICD-10 codes. The results of this exercise show that the regions of Bogotá, Antioquia and Valle del Cauca had the largest number of visits to the emergency service, in contrast with the more rural areas of the country. Likewise, there is greater access to healthcare through the Contributory Regime than the Subsidized and Linked regimes. We concluded that there is a high demand of emergency care by patients diagnosed with Lymphatic, digestive and genital tract cancers from both sexes, that changes in proportion depending on the age group.

Key words: Neoplasms, Diagnosis, International Classification of Diseases, Emergency Medical Services, Delivery of Health Care, Health Systems, Sex, Age Group, Risk Factors.

Introducción

La descripción de la situación actual de cáncer resulta de vital importancia dado que esta patología es actualmente considerada un problema de Salud pública por su alta incidencia, prevalencia y mortalidad, que ha venido aumentando a lo largo del tiempo. De este modo, entre los años 2005 a 2015 hubo un incremento de casos por esta morbilidad del 33% y un registro de 17.5 millones de casos nuevos y 8.7 millones de muertes a nivel mundial para el año 2015 (1). Por otro lado según un proyecto de salud llevado a cabo por la IARC (International Agency for Research on Cancer) [Globocan] las estadísticas indican que para el año 2013 en Colombia se presentaron cerca de 71.442 casos nuevos de cáncer y según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología y El Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2015 se estimaron cerca de 96 defunciones diarias, siendo las zonas de mayor riesgo para presentar cáncer el Eje Cafetero, Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Norte de Santander, Bogotá y Meta. (2) (3)

Ahora bien, la situación actual de esta morbilidad exige evaluar los múltiples factores de riesgo asociados entre los que se encuentra: la pobreza, el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente diagnosticado y su familia, la edad del paciente, las limitaciones de acceso a servicios de salud, entre otros (4) (5); lo cual limita el diagnóstico y tratamiento oportuno, y convierte el escenario de la enfermedad en un círculo vicioso que perpetúa hacia la morbimortalidad. Entre los factores se destaca la pobreza la cual se asocia a mayor probabilidad de desarrollar enfermedades no transmisibles dado que se presenta mayor exposición a factores predisponentes como lo son el tabaco, consumo nocivo de alcohol, sobrepeso, dieta mal balanceada, y prevalencias más altas de infección con el Virus Papiloma Humano y *Helicobacter Pylori*. (4) (6) (7)

Así mismo, Boscoe F. enfatiza la alta incidencia de cáncer y su asociación con niveles de pobreza; encontrando que el sarcoma de Kaposi, CA laríngeo, CA cervical, CA pene y CA hepático son los de mayor presentación en población más vulnerable seguida del melanoma, CA tiroideo y testicular (5). Por otro lado, Kollerud R. manifiesta que un factor de riesgo determinante en la presentación de cáncer infantil es la pobreza en niños menores de dos años, siendo este un factor para el desarrollo de leucemia linfocítica y tumores del sistema nervioso (astrocitoma) (8).

Otro factor de riesgo referido por la literatura es la etapa del ciclo evolutivo en que se encuentre el paciente oncológico, lo cual develó que el envejecimiento de la población contribuye en un 16% al aumento de la morbimortalidad. (1).

Otro aspecto a considerar es el factor psicológico; según Denollet J. la angustia emocional y la depresión crónica afecta negativamente el curso clínico del cáncer (9). De este modo la eficacia de los tratamientos de cáncer y afrontamiento de la enfermedad se mide en términos de remisión, supervivencia, calidad de vida, funcionamiento social y familiar y grado de ausencia de malestar físico y psicológico (10). En este sentido los factores socioculturales que se asocian al malestar psicológico son pobre apoyo social, dificultades familiares y económicas, aspectos que en el contexto colombiano pueden ser vulnerados dado el continuo estrés al que se somete al paciente oncológico para el acceso de atención en salud y a la seguridad social. Por lo anterior es relevante conocer que el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS), plantea entre sus metas la cobertura universal en el país, sin embargo, a pesar de que en el año 2013 esta cifra se acercaba al 92 % dicho indicador no refleja una situación de acceso real y calidad en la atención (11) (12) (13). No obstante, según la percepción ciudadana en la dimensión de acceso a los servicios de salud en el año 2017 se encontró que aumentó la proporción de usuarios que consideran que el acceso a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue más fácil y mejoró respecto al año anterior (13). Ahora bien, según cifras oficiales del Instituto Nacional de Salud-INS el 6,3 % de los hogares colombianos tiene barreras de acceso y este varía por departamento de acuerdo al tipo de afiliación SGSSS, ingresos y nivel educativo. Los servicios que se incluyen como barrera son las instalaciones, programas de promoción, prevención; métodos de diagnóstico, tamizaje y tratamiento (4). En adición se observó que el crecimiento en el aseguramiento en salud del régimen contributivo incrementó un 5,9% y el régimen subsidiado un 24% entre los años 2000 y 2010 (11).

La mayor problemática del planteamiento anterior es que los usuarios esperan obtener respuesta en cualquier nivel del sistema de salud, aumentando la congestión de la red hospitalaria de urgencias a nivel distrital y nacional, lo que necesariamente lleva a iniciar la remisión desde el servicio de urgencias, llegando a una sobre demanda de usuarios que sobrepasa la capacidad del nivel de atención. (14) (15) En este sentido, se han identificado dificultades en la atención primaria y desorganización de continuidad entre niveles de atención, dando lugar a la fragmentación de los servicios de salud (14). Por ejemplo: se encontró que para el año 2015 en la ciudad de Bogotá del 96 % de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que contaba con aseguramiento en salud; el 26,4 % tuvo un tratamiento oportuno, y el 23 % interpuso tutelas para acceder a los servicios de salud (12). Con lo cual el acceso limitado a los servicios en el tratamiento oportuno de cáncer y la necesidad de acudir al sistema de tutelas obliga a los pacientes a asistir con mayor frecuencia al servicio de urgencia (16).

Ahora bien, en la actualidad el problema concerniente a la atención de cáncer en Colombia y en el Mundo tiene como punto de inicio los factores de riesgo mencionados previamente, dejando en evidencia que las personas con mejor situación socioeconómica, son las que tienen mayor acceso a los servicios de salud (17) (18). De este modo, la afiliación a un régimen de salud no garantiza acceso, oportunidad y calidad del servicio.

No obstante, cabe destacar que existen algunos avances en solucionar el problema a nivel nacional por ejemplo dentro de las metas en detección temprana de la enfermedad planteadas en Plan Decenal para el control del cáncer en Colombia 2012- 2021 se han establecido pruebas específicas para el tamizaje de los tipos de cánceres más frecuentes que son el cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata y cáncer de colon y recto (19). Así mismo, la legislación que cubre la salud en Colombia que es la Ley estatutaria (1751 de 2015) que consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección. En adición, indica que el derecho fundamental incluye elementos esenciales que debe garantizar el Estado como lo es la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección a las poblaciones especiales (20).

En cuanto a la legislación vigente para la atención del cáncer en Colombia, la ley 1384 de 2010 y la Ley 1388 de 2010 establecen acciones para la promoción y prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento adecuado, la rehabilitación y los cuidados paliativos, el mejoramiento de la infraestructura y la tecnología, así como la formación del talento humano en oncología, reducir limitación de acceso y trámites administrativos. (21) y la Resolución 1419 del 6 de Mayo de 2013, por la cual se establecen los parámetros y las condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y las unidades Funcionales para la atención integral del cáncer , los lineamientos para su monitoreo y evaluación. (22).

Por lo anterior y dada la relevancia de esta morbilidad, el propósito de investigación reside en la importancia de conocer acerca del servicio de urgencias y su empleo por parte de pacientes con diagnóstico oncológico en Colombia, el cual se describirá en el periodo de tiempo comprendido en el año 2011 al 2015.

Objetivos

Objetivo general

Describir el uso de los servicios de urgencias por personas con diagnósticos oncológicos en Colombia entre el 2011 y 2015.

Objetivos específicos

1. Determinar el porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias de pacientes que consultan con algún diagnóstico oncológico
2. Determinar la frecuencia de atenciones en el servicio de urgencias de pacientes que consultan con algún diagnóstico oncológico por cada tipo de tumor.
3. Identificar el porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias de pacientes que consultan con algún diagnóstico oncológico de acuerdo a las variables sociodemográficas (sexo, edad dividido por decenios y régimen de afiliación).
4. Identificar el porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias de pacientes que consultan con algún diagnóstico oncológico según departamento de residencia y según localización geográfica de la institución prestadora del servicio-IPS.

Metodología

Tipo de estudio y fuentes de información seleccionadas

Este trabajo se realizó como un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal definido como un estudio de carácter observacional, desarrollado en un periodo de tiempo establecido, donde se analizan datos de variables de una muestra poblacional, en este caso específicamente (23) sobre las atenciones por urgencias relativas a paciente con cualquier tipo de cáncer en Colombia, en el período comprendido entre el 2011 y el 2015, mediante el análisis de datos secundarios obtenidos de la base de datos del Sistema integral de información de la protección social (SISPRO), cubo de datos del Registro individual de prestación de servicios de Salud (RIPS).

El Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS) pertenece a los diferentes bancos de datos que conforman el SISPRO y mide cuatro tipos de atenciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud: urgencias con observación, hospitalizaciones, consultas ambulatorias y procedimientos; con variables como edad, sexo, diagnóstico según la Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), geografía del prestador del servicio, geografía de residencia del paciente, afiliación al sistema de salud (contributivo, subsidiado, vinculado y no vinculados), entre otras.

Población de estudio y selección de variables

Para desarrollar el estudio se seleccionó, dentro las cuatro categorías de atenciones del RIPS, la atención por urgencias con observación. La población de estudio y los criterios de inclusión abarcaron los datos reportados al RIPS sobre el número de atenciones y cantidad de personas atendidas para el período 2011 al 2015 en servicios de urgencias, cuyo diagnóstico principal fue alguno de los tumores incluidos en los códigos de la CIE- 10 C00 a D48 (tabla 1).

Tabla 1. Códigos de los tipos de tumores registrados en la base de datos del SISPRO, según el CIE-10 del C00 al D48.

C00-D48 Tumores
C00-C14 Tumores Malignos del Labio de la Cavidad Bucal y de Faringe.
C15-C26 Tumores Malignos de los Órganos Digestivos.
C30-C39 Tumores Malignos de los Órganos Respiratorios Intratorácicos.
C40-C41 Tumores Malignos de los huesos y de los cartílagos articulares.
C43-C44 Melanoma y otros tumores de la piel.
C45-C49 Tumores Malignos de los tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos.
C50 Tumores Malignos de la mama.
C51-C58 Tumores Malignos de los Órganos Genitales Femeninos.
C60-C63 Tumores Malignos de los Órganos Genitales Masculinos.
C64-C68 Tumores Malignos de las Vías Urinarias.
C69-C72 Tumores Malignos del ojo, del Encéfalo, y de otras partes del Sistema Nervioso Central.
C73-C75 Tumores Malignos de la Glándula Tiroides y de otras glándulas endocrinas.
C76-C80 Tumores Malignos de sitios mal definidos secundarios y de sitios no especificados.
C81-C96 Tumores Malignos del Tejido Linfático, de los Órganos Hematopoyéticos y de Tejidos afines.
C97 Tumores Malignos de sitios múltiples.
D00-D09 Tumores In Situ.
D10-D36 Tumores Benignos.
D37-D48 Tumores de Comportamiento Incierto o Desconocido.

Fuente: elaboración propia, basada en los códigos CIE-10 registrados en la base datos del SISPRO, 2017.

También, se tomó como variables la edad entre 0 a mayores de 80 años, agrupadas en decenios, y discriminadas por sexo femenino y masculino, en los 32+1 diferentes departamentos de Colombia. (Tabla 2)

Tabla 2. Variables Seleccionadas para el estudio.

Variable	Definición	Tipo de variable	Valor
Diagnóstico Principal (Tumores)	Es una multiplicación anormal de las células o la no apoptosis de éstas que resultan en una masa que puede ser benigna o maligna	Cualitativa nominal	Los 9 tumores más frecuentes según el código de tumores C02 incluidos en el CIE-10 (Tabla 1)
Número de atenciones en el servicio de urgencias	Corresponde al número de veces que se otorga la atención a los pacientes que consultan con diagnóstico de cáncer en el periodo de estudio	Cuantitativa razón	Cantidad de atenciones a pacientes con cualquier diagnóstico de tumor durante los años 2011 a 2015
Número de personas atendidas con diagnóstico de Cáncer	Corresponde al número de sujetos con diagnóstico de cáncer en el periodo de estudio, a quienes se le otorga la atención	Cuantitativa razón discreta	Cantidad de personas netas que se atendieron durante los años 2011 al 2015
Sexo	Variable biológica que clasifica a la población en hombres y mujeres.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Hombres 2. Mujeres
Año	Periodo de los casos atendidos en el servicio de urgencias con personas con dx oncológicos transcurrido entre los años 2011 al 2015	Cuantitativa de intervalo	Años:2011, 2012, 2013, 2014 y 2015
Edad	El número de años cumplidos de una persona teniendo en cuenta edades de 0 a mayores de 80 años, agrupados en decenios.	Cuantitativa de intervalo	De 0 a 9 años, 10 a 19 años, 20 a 29 años,30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años, mayores de 80 años

Variable	Definición	Tipo de variable	Valor
Departamento de residencia del paciente que asiste por urgencias	Lugar (DANE) Departamentos que conforman la República de Colombia donde vive habitualmente una persona	Cualitativa Nominal politémica	Códigos asignados por la división político administrativa (DIVIPOLA) del DANE a los 32 departamentos y al distrito capital
Departamento de la institución prestadora del servicio-IPS	Departamentos que conforman la República de Colombia donde acude la persona a recibir el servicio	Cualitativa Nominal politémica	Códigos asignados por la división político-administrativa (DIVIPOLA) del DANE a los 32 departamentos y al distrito capital
Seguridad social	Equivalencia a la Entidad Prestadora de Salud a la cual el paciente se encuentra vinculado con diagnóstico de enfermedad oncológica	Cualitativa nominal politémica	0 - no definido, 1 - contributivo, 2 – subsidiado, 3 – vinculado, 4 – particular, 5 – otro, 8 - desplazado no asegurado, o vinculado

Fuente: Elaboración Propia basada en base de datos SISPRO-RIPS-DANE.2017.

Se excluyeron del estudio todas las atenciones reportadas al RIPS por consulta ambulatoria, hospitalizaciones y procedimientos en pacientes con diagnósticos de cáncer para los análisis de los datos. Se descartaron aquellos casos catalogados como “No Definidos” y “No reportados”, especificados en la tabla 3. Para eliminarlos, se tuvo en cuenta que no superaran el 10% del total de los datos a estudio y así no alterarían la representatividad estadística de los resultados.

Tabla 3. Porcentaje de registros perdidos al realizar el cruce de variables en SISPRO-RIPS

Cruce de Variables	Número de registros sin información			
	Número de Atenciones		Número Personas Atendidas	
	n	%	n	%
Diagnóstico de tumores según CIE-10 por departamento de residencia del paciente	4.557	2,31	3.740	3,13
Número de atenciones de los pacientes con diagnóstico de tumores según CIE-10 por tipo de afiliación al sistema de salud	4.627	2,35	2.994	2,50
Diagnóstico de tumores según CIE-10 por departamento de la institución prestadora del servicio-IPS	n 747		% 0,38	
Número de atenciones de los pacientes con diagnóstico de tumores según CIE-10 por edad (en decenios) y sexo del paciente	n 598		% 0,3	

Fuente: Elaboración propia, basada en los datos de la base de datos del SISPRO, cubo RIPS. 2017.

Una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo la población de estudio que constituyó en un total de 29.317.205 atenciones por urgencias durante el periodo 2011-2015, 11.370.248 personas atendidas por urgencias durante el periodo 2011-2015, 196.929 atenciones con diagnósticos oncológicos por urgencias durante el periodo 2011-2015 y 119.559 personas atendidas por diagnósticos oncológicos por urgencias durante el periodo 2011-2015.

Proceso para el análisis de datos secundarios

Para la obtención de los datos requeridos, se accedió al banco de datos perteneciente al Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) el día 04 de noviembre del 2017.

La plataforma de software utilizada fue Microsoft Excel 2013, en la que se construyeron tablas dinámicas para extraer la información del servidor de datos del SISPRO y se realizó el cálculo de los siguientes indicadores:

Porcentaje de atenciones de urgencias en pacientes con diagnóstico oncológico: mide el porcentaje de atenciones relacionadas con diagnósticos oncológicos frente al total de atenciones en el servicio de urgencias a nivel nacional y departamental en los años del 2011 al 2015.

$$\frac{\text{Número de atenciones a personas con diagnóstico oncológico en el CIE-10 que asistieron al servicio de urgencias en el periodo del 2011 a 2015}}{\text{Número de atenciones a personas con cualquier diagnostico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en el periodo 2011 a 2015}} \times 100$$

Porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor del paciente (según el CIE-10): mide el porcentaje de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias por tipo de tumor (según el CIE-10) desde el año 2011 al 2015.

$$\frac{\text{Número de atenciones para cada diagnostico oncológico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en el periodo del 2011 a 2015}}{\text{Número de atenciones totales que asistieron al servicio del urgencias en el periodo 2011 a 2015}} \times 100$$

Porcentaje de atenciones de urgencia por sexo del paciente: mide el porcentaje de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias según el sexo del paciente desde el año 2011 al 2015.

$$\frac{\text{Número de atenciones por sexo para cada diagnóstico oncológico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en el periodo del 2011 a 2015}}{\text{Número de atenciones totales que asistieron al servicio de urgencias en el periodo del 2011 a 2015}} \times 100$$

Número de atenciones totales que asistieron al servicio del urgencias en el
periodo 2011 a 2015

Porcentaje de atenciones de urgencia por grupos de edad: mide el porcentaje del número de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias por grupos decenales de edad desde el año 2011 al 2015.

Número de atenciones por decenios para cada diagnostico oncológico
incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en el periodo
del 2011 a 2015 X 100

Número de atenciones totales que asistieron al servicio del urgencias en el
periodo 2011 a 2015

Porcentaje de atenciones de urgencias por régimen de afiliación: mide el porcentaje de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias para cada régimen de afiliación al sistema de salud desde el año 2011 al 2015.

Número de atenciones por régimen de afiliación para cada diagnostico
oncológico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en
el periodo del 2011 a 2015 X 100

Número de atenciones totales que asistieron al servicio del urgencias en el
periodo 2011 a 2015

Porcentaje de atenciones de urgencias según departamento de residencia del paciente: mide el porcentaje de atenciones con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias, según el departamento de residencia de los pacientes, en el período 2011 al 2015.

Número de atenciones por departamento de residencia para cada
diagnostico oncológico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de
urgencias en el periodo del 2011 a 2015 X 100

Número de atenciones totales que asistieron al servicio del urgencias en el
periodo 2011 a 2015

Porcentaje de atenciones de urgencia según el departamento de la institución prestadora de servicios de salud (IPS): mide el porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias por departamento de la institución prestadora de servicio (IPS) desde el año 2011 a 2015.

$$\frac{\text{Número de atenciones por departamento de la IPS para cada diagnóstico oncológico incluido en el CIE-10 que acudieron al servicio de urgencias en el periodo del 2011 a 2015}}{\text{Número de atenciones totales que asistieron al servicio de urgencias en el periodo 2011 a 2015}} \times 100$$

Limitaciones del estudio

Como limitante, en relación al Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), se incluyeron únicamente los números de atenciones pertenecientes al apartado de urgencias con observación, ya que las atenciones de consultas de urgencias sin hospitalización no quedan reportadas en el RIPS. En adición, por la estructura del RIPS no fue posible conocer el motivo de consulta de urgencias realizadas por pacientes oncológicos.

Con relación a la posibilidad de uso de los datos reportados al RIPS se evidenció pérdida de información durante el cruce de variables el cual se describió en la Tabla 3, la cual corresponde a información mal registrada por parte de los médicos generales. Respecto al diseño metodológico escogido, se realizó un estudio descriptivo, el cual aporta únicamente la capacidad de reporte de proporciones, mas no permitió establecer correlación entre las diferentes variables seleccionadas.

Consideraciones éticas

Este estudio no requiere de especial aprobación ética, ya que fue realizado y conducido de acuerdo a la reglamentación ética vigente de la Declaración de Helsinki según la cual la investigación debió basarse en una evaluación cuidadosa de la población que se estudió y para esto debió usarse los protocolos correctos que ya estuvieron sujetos a una revisión ética (Tomado de artículos 13, 16,17 y 19 de dicha declaración).

A partir de “La resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud de Colombia, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, este

trabajo se catalogó como una “Investigación sin riesgo” ya que fue un estudio documental en el cual se emplearon datos retrospectivos y por ende no se tuvo contacto con los pacientes.

Declaramos que nos fue proporcionado un usuario y una clave de acceso a la base de datos del SISPRO, provistos exclusivamente para la labor investigativa del grupo, siendo esta intransferible y la cual no fue ni será divulgada para proteger la confidencialidad del banco de datos del RIPS. En adición al ser un banco de datos online solo se extrajeron datos consolidados de atenciones, por lo tanto, no se tuvo acceso a información de carácter nominal como identificación o dirección de los pacientes.

Resultados

Los resultados se presentarán en seis secciones siguiendo el orden de análisis de los indicadores construidos. Se iniciará con el Indicador del porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias de pacientes con diagnóstico oncológico con respecto al total de atenciones en el servicio de urgencias a nivel nacional discriminado por los 32+1 departamentos de Colombia, seguido del indicador de frecuencia de atenciones según el tipo de tumor.

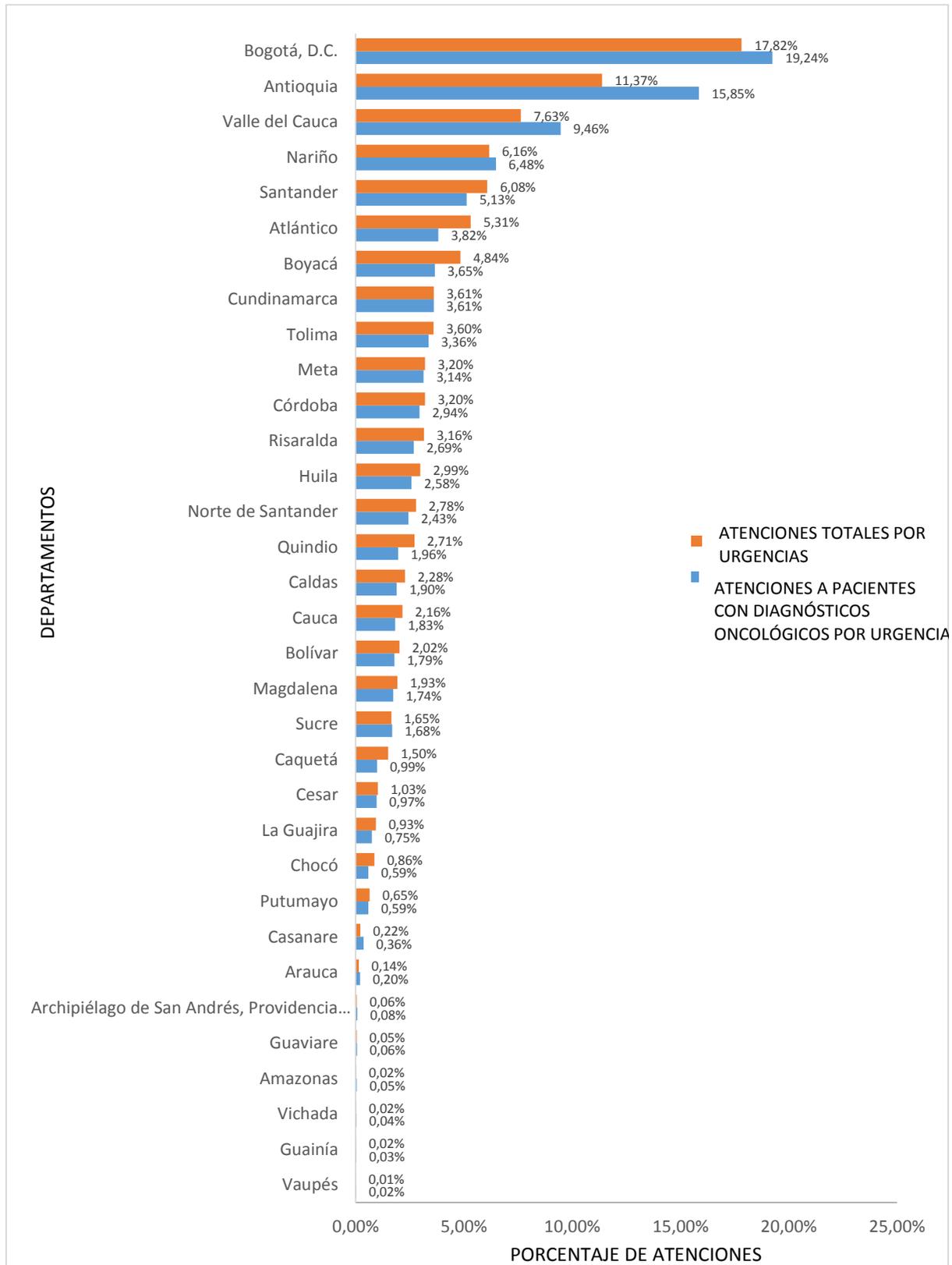
A continuación, se describirá el indicador de porcentaje del número de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias por edad (en decenios), tipo de tumor (según el CIE-10) y sexo desde el año 2011 al 2015. Posteriormente se expondrá el indicador del porcentaje de atenciones de personas con diagnóstico oncológico en el servicio de urgencias para cada régimen de afiliación al sistema de salud en los años estipulados.

Finalmente, se expondrá el indicador del porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias según departamento de residencia de los pacientes con diagnóstico oncológico y el porcentaje de pacientes oncológicos atendidos en el servicio de urgencias según departamento de la institución prestadora del servicio (IPS) en el periodo de estudio.

Indicador del porcentaje de atenciones de urgencias en pacientes con diagnóstico oncológico.

Se expresa a continuación la figura 1 donde se evidenció el porcentaje de pacientes oncológicos atendidos en urgencias por cada departamento y el total nacional de atenciones.

Figura 1. Porcentaje de atenciones de urgencias en pacientes con diagnóstico oncológico por departamento de residencia con respecto al total de atenciones por urgencias nacionales para el período 2011 al 2015.



Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS. 2011-2015

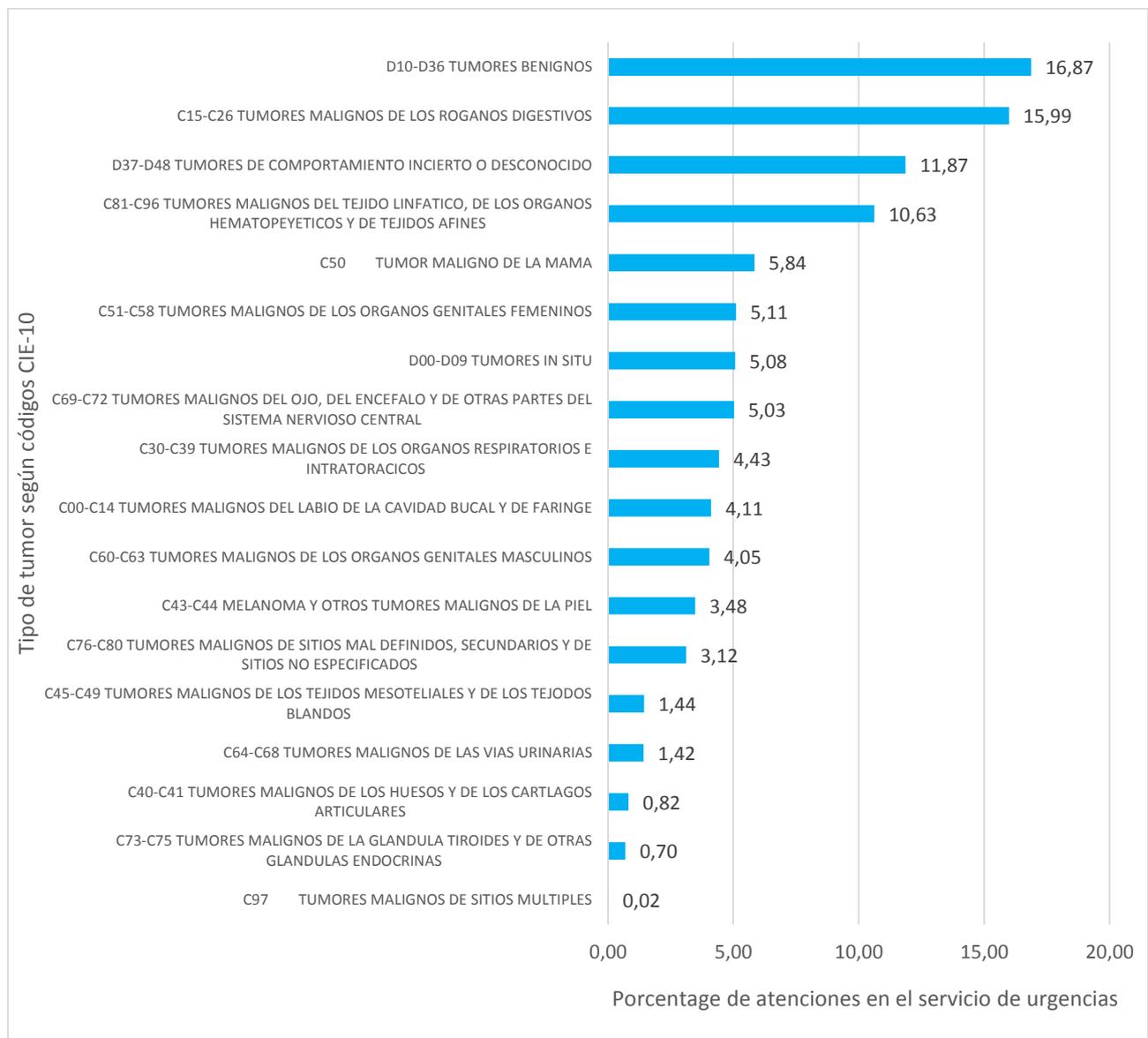
Con los datos obtenidos en este indicador, se observó un evidente aumento de la población en los principales departamentos de Colombia, tanto para el porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias por cualquier diagnóstico en el CIE-10, como para el porcentaje de atenciones a pacientes con diagnósticos oncológicos, ya sea o no el motivo de consulta, como consecuencia y/o resultado de una probable centralización. Se estimó que en Bogotá 19,24 % de las atenciones a pacientes tienen un diagnóstico oncológico asociado, en Antioquia el 15,85%, en Valle del cauca el 9,46 % y en Nariño el 6.48 %, en departamentos como Arauca, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía, Vaupés y el Archipiélago de San Andrés, el porcentaje osciló entre 0,20 a 0.02 %, lo cual corresponde a proporciones muy bajas en relación a los otros centros urbanos.

Por otra parte, se evidenció porcentajes entre 6,16% a 17,82 % correspondientes a las proporciones estimadas de consulta a urgencias en Colombia cualquier otro diagnóstico incluido en el CIE-10 no asociado a patología oncológica, en sitios como Bogotá, Antioquia, Valle del cauca, y Nariño, y valores entre 0.01 a 0.14 % en departamentos como Arauca, Guaviare, Amazonas, Vichada, Guainía, Vaupés y el Archipiélago de san Andrés.

Indicador de la frecuencia de atenciones según tipo de tumor.

En la figura 2, se expresó el número de atenciones por diagnóstico oncológico que asistieron al servicio de urgencias según el tipo de tumor, durante el periodo 2011 a 2015.

Figura 2. Porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias según tipo de tumor para el período 2011 al 2015



Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS, 2011 al 2015

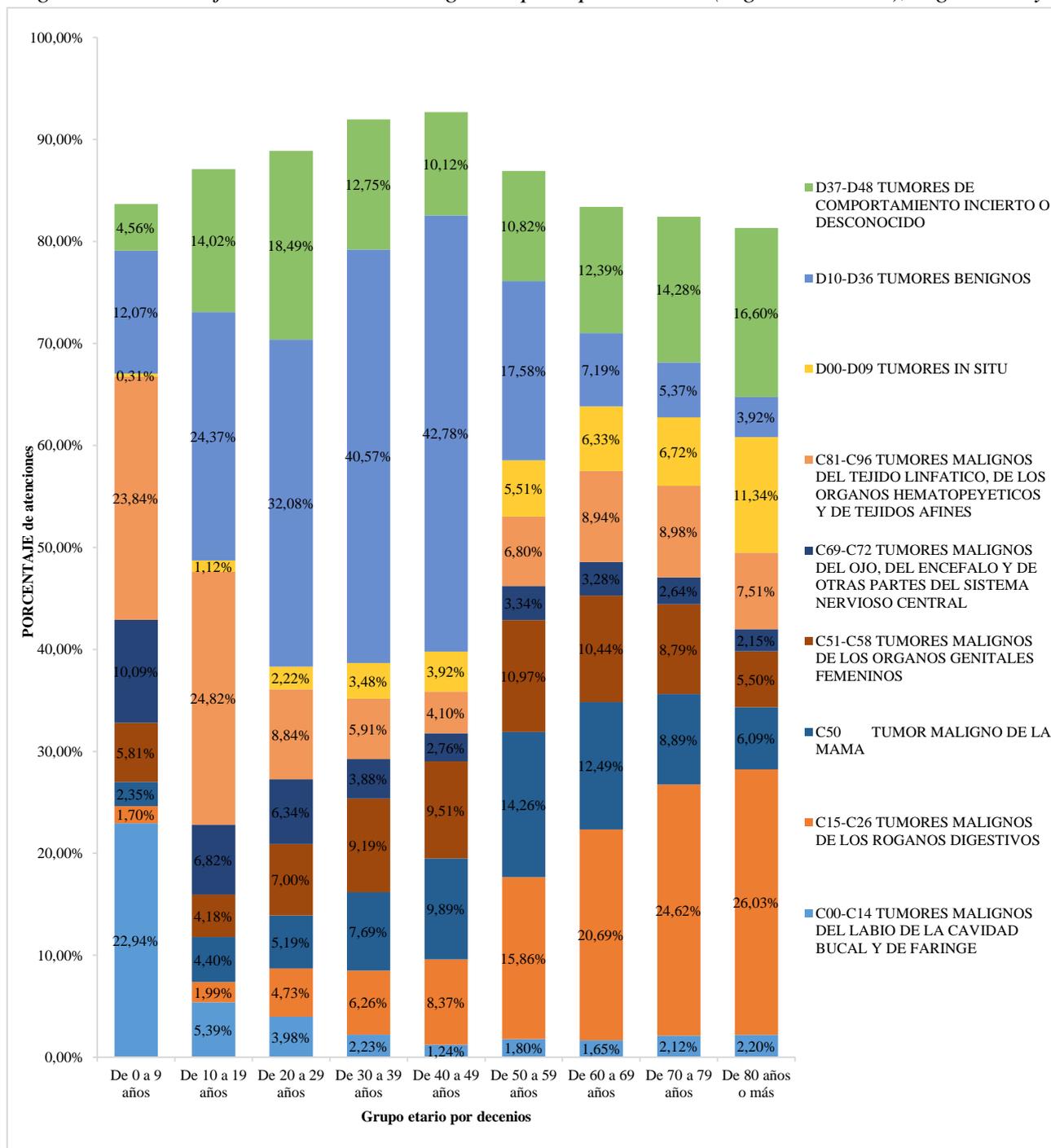
Se observó que la cantidad de pacientes que acuden al servicio de urgencias son aquellos con diagnóstico de tumores benignos en un total de 16.82% en los años 2011 al 2015, seguido de tumores malignos de órganos digestivos con un porcentaje de 15.99%. Posteriormente se encontraron en orden de frecuencia los tumores de comportamiento incierto, malignos del tejido linfático, de la mama, órganos genitales, in situ, ojo, encéfalo y otras partes del SNC, melanoma,

mesoteliales y de tejido blando, vías urinarias, huesos, glándula tiroides y sitios múltiples respectivamente.

Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y grupo de edad (en decenios).

En las figuras 3 y 4 se expresó los porcentajes de atención por cada tipo de tumor, según el sexo y organizada por grupos de edad en decenios.

Figura 3. Porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y



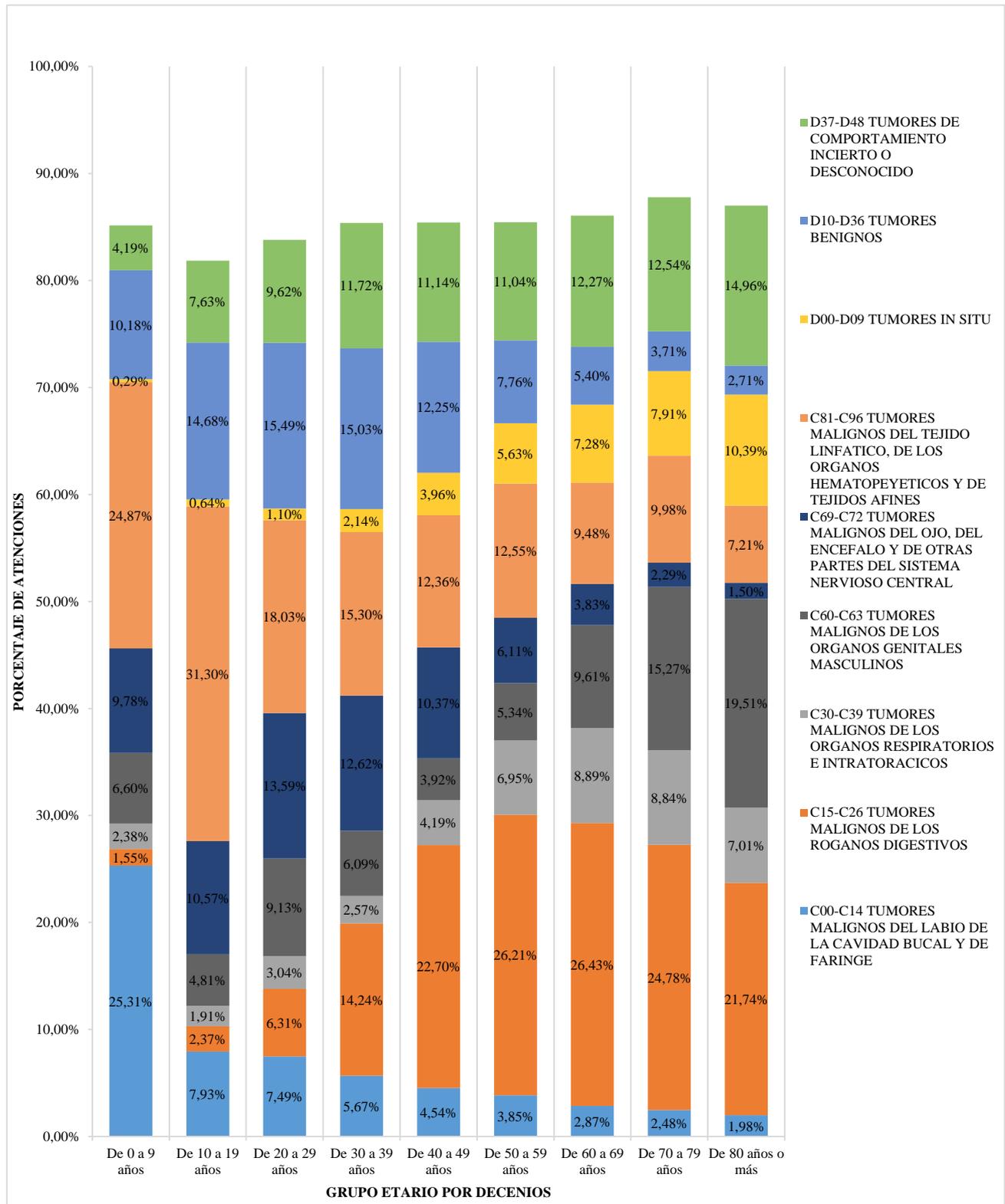
Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS. 2011 – 2015.

En este indicador se contemplaron los nueve tipos de tumores más frecuentes, del código CIE-10, para cada sexo. En la figura 3, se identificó que en las mujeres entre los 0 a 9 años el mayor porcentaje correspondió a tumores malignos del tejido linfático con un 23.84% (n=1.165), seguido de tumores malignos del labio, cavidad bucal y de faringe con un 22.94% (n=1.121), en menor proporción para tumores benignos con 12.07% (n=590), tumores malignos del ojo, encéfalo y del

sistema nervioso central con 10.09% (n=493) y tumores malignos de órganos genitales femeninos con 5.81% (n=284). En las mujeres de 10 a 19 años se observó persistencia en porcentaje de tumores malignos del tejido linfático con un 24.82% (n=1.110), sin embargo continuó con tumores benignos con 24.37% (n=1.090), y en menor proporción de tumores de comportamiento incierto con 14.02% (n=627), los tumores malignos del ojo, encéfalo y del sistema nervioso central con 6.84% (n=305), los tumores malignos del labio, cavidad bucal y de faringe con un 5.39% (n=241) y tumores malignos de órganos genitales femeninos con 4.18% (n=187).

Para las edades comprendidos de los 20 a 29 años, 30 a 39 años y 40 a 49 años se observó un aumento en la proporción de tumores benignos con un porcentaje de 32.08% (n=2.773), 40.59% (n=6.197) y 42.78% (n=9.860) respectivamente. Sin embargo a partir de los decenios entre 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y más de 80 años se vió un cambio en los porcentajes de los tumores, con disminución de las consultas por urgencia con diagnósticos de tumor benigno, y aumento significativamente de los tumores malignos de los órganos digestivos alcanzando un 26.03% (n=2.034) en las pacientes mayores de 80 años.

Figura 4. Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia por tipo de tumor (según el CIE-10), según sexo y grupo de edad (en decenios) de los pacientes masculinos, 2011 al 2015



Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS. 2011 – 2015.

En la figura 4, se observa que en los hombres de 0 a 9 años el porcentaje mayor corresponde a tumores malignos del labio, cavidad bucal y de faringe con un 25.31% (n=1.564), seguido por

tumores malignos del tejido linfático con un 24.87% (n=1.537), y en menor proporción por los tumores benignos con 10.18% (n=629), tumores malignos del ojo, encéfalo y del sistema nervioso central con 9.78% (n=604) y tumores malignos de órganos genitales masculinos con 6.60% (n=408). De 10 a 19 años se determinó predominio en tumores malignos del tejido linfático con un 31.30% (n=1.424), continuado por tumores benignos con 14.68% (n=668), y en menor proporción de tumores malignos del ojo, encéfalo y del sistema nervioso central con 10.57% (n=481), los los tumores malignos del labio, cavidad bucal y de faringe con un 7.93% (n=361) y tumores de comportamiento incierto con 7.63% (n=347).

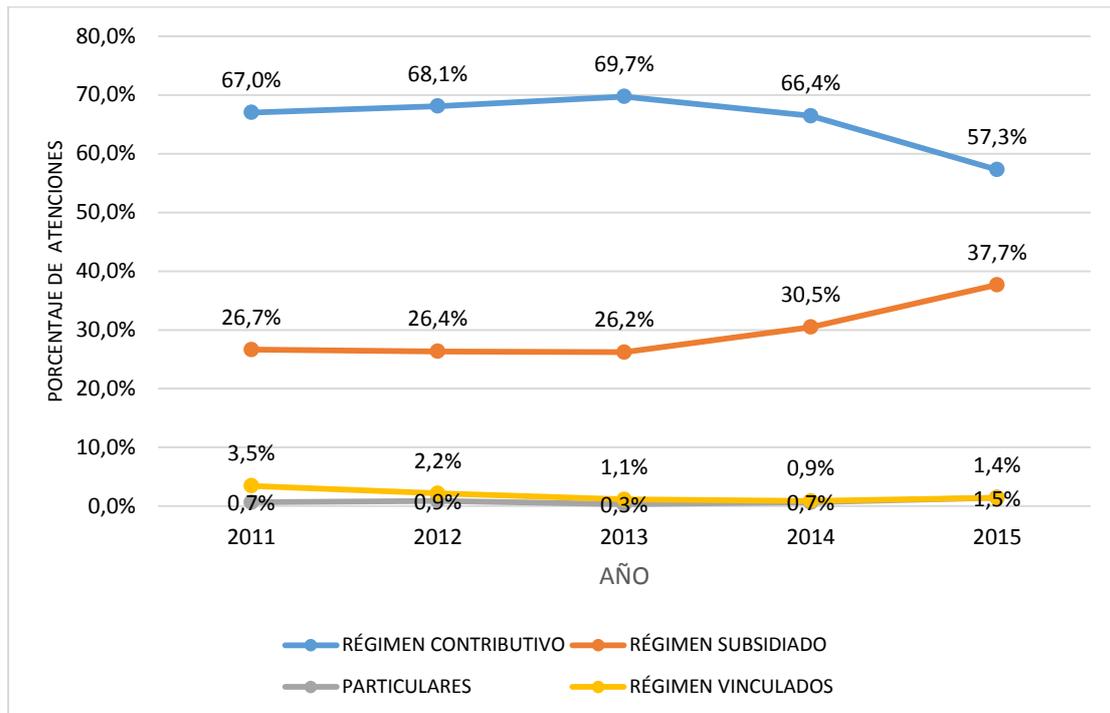
Por otro lado, de los 20 a 29 años y 30 a 39 años se observó un aumento en la proporción de tumores benignos con un porcentaje de 15.49% (n=384) y 15.03% (n=1.052) respectivamente, aumentando el diagnóstico de tumores malignos de órganos digestivos a partir de los 40 a 49 con un 22.70% (n=1.377). A partir de los 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y mayores de 80 años persistió el diagnóstico de tumores malignos de órganos digestivos con mayor porcentaje alcanzando un 21.74% (n=1.779) en mayores de 80 años.

Con las dos figuras (3 y 4) se determinó la relación existente entre la frecuencia de tumores según la edad y el sexo del paciente. Se observó que de 0 a 9 años, la prevalencia de tumores del sexo femenino se dio por tumores malignos del tejido linfático en comparación con el sexo masculino donde el porcentaje mayor corresponde a tumores malignos del labio, cavidad bucal y de faringe seguido por tumores malignos del tejido linfático. De 10 a 19 años si se observó la misma relación porcentual entre los dos sexos ya que persistió predominio en tumores malignos del tejido linfático con un continuado por tumores benignos. A partir de los 20 años se observó un patrón de predominio similar en los dos sexos siendo estos: de los 20 a 29 años y 30 a 39 años tumores benignos, de los 40 a 49, 50 a 59 años, 60 a 69 años, 70 a 79 años y mayores de 80 años domina el diagnóstico de tumores malignos de órganos digestivos.

Indicador del porcentaje de atenciones de urgencias por régimen de afiliación.

El indicador desarrollado en la figura 5, permitió describir el porcentaje de atenciones según el régimen de afiliación al sistema de salud.

Figura 5. Porcentaje de atenciones de urgencias por régimen de afiliación (según el CIE-10), durante el periodo 2011 a 2015.



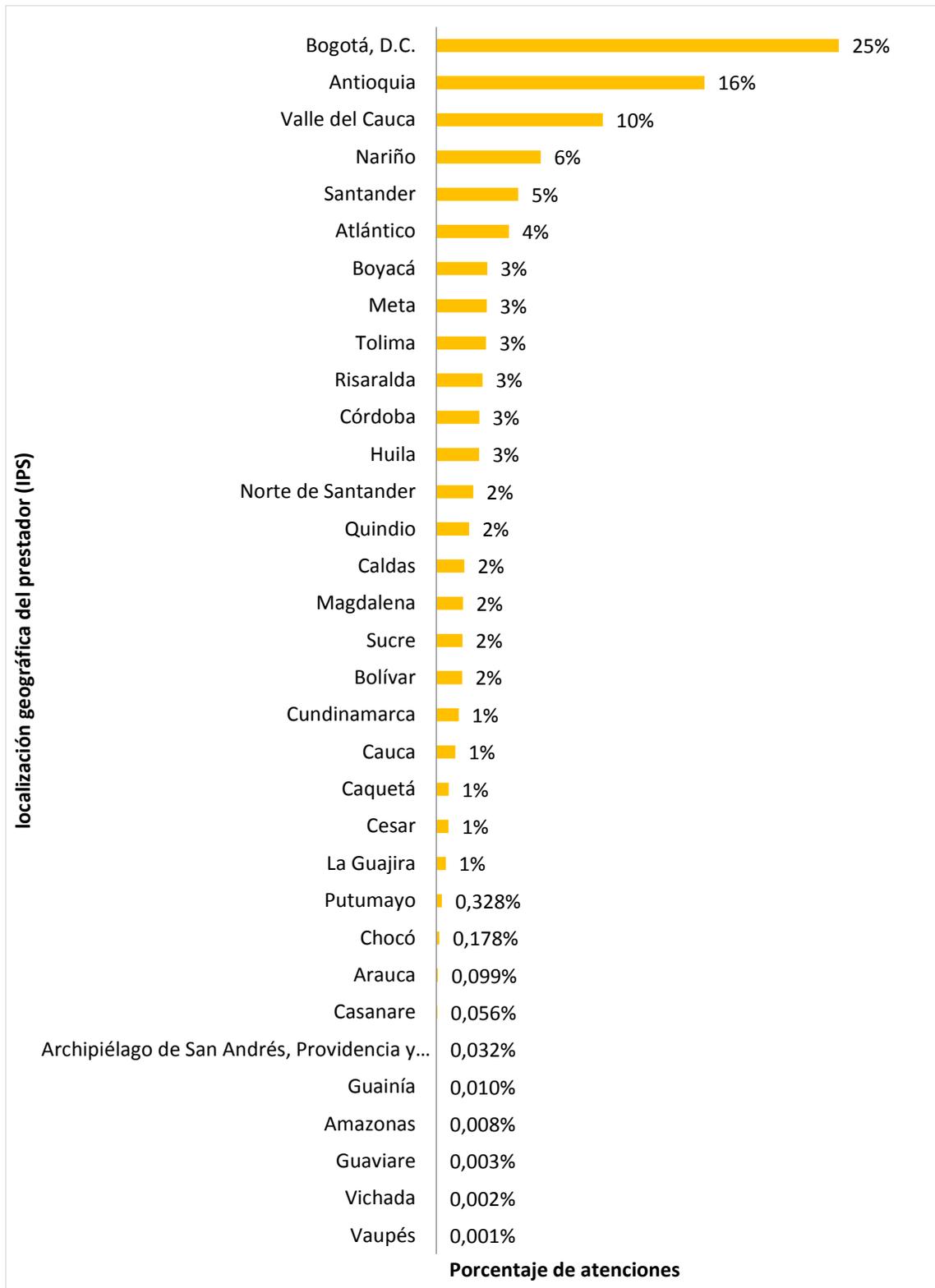
Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS, en el período 2011 al 2015.

Se evidencia en la figura que el régimen Contributivo es el más predominante para los periodos 2011 en un 67% y recientemente para el año 2015 un 57.3%. En segundo lugar, se encontró el régimen Subsidiado que se ha mantenido desde el año 2011 al 2014 con un 26% con un aumento significativo hasta el 2015 con porcentajes de hasta 37.7%. Finalmente, y con un porcentaje estrecho que oscila entre el 0.7% y el 1.4% se encontraron el régimen de vinculados y los particulares. Con base a estos datos se puede inferir que existe un mayor número de pacientes diagnosticados y tratados en el régimen con mayor acceso a educación, trabajo y tecnología.

Indicador del porcentaje de atenciones de urgencia según el departamento de la institución prestadora de servicios de salud (IPS).

El indicador desarrollado en la figura 6, permitió describir el porcentaje de atenciones de urgencias oncológicas de acuerdo con el departamento de la institución prestadora de servicios de salud, de acuerdo con los códigos CIE-10.

Figura 6. Porcentaje de atenciones de urgencia según el departamento de la institución prestadora de servicios de salud (según el CIE-10), durante el periodo 2011 a 2015.



Fuente: elaboración propia, basada en datos registrados en la base del SISPRO-RIPS, en el período 2011 al 2015.

Con respecto al porcentaje de atenciones en el servicio de urgencias según localización geográfica del prestador-IPS, se evidenció que fue mayor en Bogotá con un 25% (n=48.075), seguida por Antioquia con un 16% (n=32.041) y Valle del Cauca con 10% (n=19.885). Por otro lado, los departamentos Vichada, Vaupés, Guaviare, Guainía, Amazonas, Putumayo, Casanare, Arauca y Archipiélago de San Andrés mostraron un registro del 0% de atenciones por parte del prestador.

Con base a estos resultados, se pudo concluir que la red de atención de cáncer en Colombia se encuentra en la zona central y en el Valle del Cauca en un 51% (n=100.001), con una disminución del porcentaje de atenciones en el resto de los departamentos, alcanzando el 49% (n=96.113) restante.

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación, permiten identificar que existe una alta demanda de consultas al servicio de urgencias por parte de pacientes con diagnóstico oncológico a nivel Nacional, siendo las ciudades con mayor demanda Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Nariño. Hecho que es equiparable con un estudio realizado en la ciudad de Texas en el cual se concluyó que de 3.4 millones de atenciones en 26 servicios de urgencias, un 93.4% de consultas correspondieron a pacientes con algún diagnóstico oncológico siendo los diagnósticos más frecuentes el cáncer pulmonar, gastrointestinal (excluyendo el colorectal) y genitourinario (excluyendo el CA prostático) (24).

Por otro lado, según datos epidemiológicos con respecto al cáncer más común a nivel mundial en los hombres corresponde al CA prostático con un registro de 1.6 millones de casos y CA de tráquea, bronquial y pulmonar siendo la principal causa de defunciones en el sexo masculino para el año 2015 y para la población femenina la causa más frecuente de morbilidad corresponde al cáncer de mama con 2,4 millones de casos (1). Se observó que difiere con los resultados encontrados en este estudio, debido a que se destaca que las personas con diagnósticos oncológicos que acuden con mayor porcentaje al servicio de urgencias son quienes tienen los tumores del tejido linfático (0 a 19 años de edad), tumores malignos del labio, cavidad bucal, de faringe y del sistema nervioso (0 a 9 años de edad), tumores malignos de los órganos digestivos y órganos genitales (50 a 80 años de edad) para ambos sexos.

Respecto a los hallazgos de la investigación, se pudo observar que existe una tendencia en la disminución progresiva de los cánceres a los que se les ha realizado políticas de promoción y prevención, siendo el cáncer de mama y cuello uterino los que presentan una reducción significativa en la asistencia a los servicios de urgencias. No obstante, cabe destacar el vacío existente en políticas públicas orientadas hacia los otros tipos de tumores, que de igual manera son de interés público, lo cual en la actualidad representan un alto porcentaje de la patología oncológica que consulta a urgencias por alguna complicación.

En relación a la variable de sexo, según la Organización Mundial de la Salud (2017), la discriminación usualmente se asocia a la limitación de acceso a educación, empleo y economía, por ende, reduce la capacidad vitalicia y aumentan los riesgos de pobreza en la edad adulta y la vejez principalmente en el sexo femenino por lo cual es imprescindible establecer políticas para eliminar las desigualdades en el acceso de recursos materiales (25). Este postulado permite afirmar que

Colombia ha mejorado en esta limitación de acceso con base al género, manifestado por el número de atenciones equiparables para ambos sexos. Otro hallazgo de la investigación compatible con la literatura referente a la asociación de cáncer y pobreza permite evidenciar la importancia y relevancia de incluir una medida de vigilancia nacional del cáncer como marcador sociodemográfico. (19)

Según el INS (4) (11) y con base a los resultados obtenidos en el presente estudio se constata que en Colombia persiste la inequidad de acceso a la salud, ya que se observó mayor oferta en la prestación de servicios en el régimen de afiliación contributivo en contraposición con el régimen vinculado y el régimen subsidiado. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, el 69% de la población rural ocupada es dependiente del sistema de salud subsidiado (26) (27) (28). En este sentido Ayala J. encuentra una distribución inequitativa en la oferta de prestadores por regiones, donde en efecto son las regiones con peores estados de salud las que tienen menores prestadores de servicios por cada 100.000 habitantes. (29) (18).

Finalmente, los datos encontrados en la investigación evidencian una discordancia en lo estipulado en la legislación Colombiana ya que expresan clara inequidad en la distribución geográfica del prestador de la atención de salud (IPS) a nivel nacional y/o una limitación de acceso a puntos de atención, dado por un número muy reducido en el número de atenciones en los departamentos Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas, Guaviare, Archipiélago de San Andrés, Arauca, Casanare, Putumayo, Choco, Guajira, Cesar y Caquetá, que según el Ministerio de Salud y Protección Social, presentan el mayor número de defunciones por esta patología (3). Este mismo desequilibrio es igualmente apreciado en los datos obtenidos de las atenciones y localización de las IPS en las principales ciudades del país. (30)

Se puede afirmar que, si bien el Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho esfuerzos para el mejoramiento del sistema de salud, partiendo del aumento en la inversión económica, el cual, según cifras del Banco Mundial, Colombia ha hecho una asignación del 5,9% del PIB en el año 2000 al 7,2% del PIB en el año 2014 (14), la capacidad técnico-científica hospitalaria instalada es insuficiente. Por esta razón, la gran mayoría de las situaciones que enfrentan los pacientes son el resultado de una serie de barreras estructurales como las dificultades en la atención primaria que genera fragmentación de los servicios. Considerando esto, se sugiere dar solución y actuar en las reformas al sistema de salud, que contemplen la distribución equitativa de la riqueza en nuestra sociedad (11) (14).

Conclusiones

El Cáncer es un problema de salud pública de máxima importancia por lo que es imperativo para cualquier sistema de salud asegurar que haya la menor cantidad de obstáculos entre el paciente y el ser propiamente atendido. Nuestra investigación demuestra que existe una alta demanda por parte de pacientes con diagnóstico oncológico al servicio de urgencias; estudios nacionales (30) (31) plantean diferentes barreras en el acceso a la salud dadas por el modelo económico, el sistema de salud y las barreras geográficas que lograron evidenciarse en la investigación, lo que a la luz de la literatura, son factores que afectan negativamente el curso clínico de la enfermedad.

Se destaca el determinante de pobreza como factor principal para la progresión de la morbimortalidad del cáncer, aspecto que se manifiesta en la distribución inequitativa de los recursos del país evidenciado el aumento de la población respecto a los servicios de atención de urgencias en las grandes ciudades del territorio nacional colombiano (32) por lo que los esfuerzos para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y la calidad de los mismo deben continuar. Otra consideración especial es la evidente inequidad de atención en el SGSSS, que según la literatura y los hallazgos de la investigación muestran un mayor acceso de atención en el régimen contributivo en contraposición al régimen subsidiado y vinculado que irónicamente presentan el mayor índice de pobreza y por ende más factores de riesgo asociados.

La realización de este trabajo trae un mensaje implícito y de gran relevancia para la labor del médico general colombiano, pues la necesidad de afianzar conocimientos en los signos y síntomas tempranos y tardíos de los diferentes tipos de cáncer más prevalentes en nuestro país, son inherentes para el profesional de la salud; el estudio facilita al médico un mirada global de la situación durante los últimos años en Colombia y como su función es vital para medir la cobertura y la adecuada realización de intervenciones en pacientes oncológicos. Por otro lado, con este estudio se puede dar un mensaje claro hacia los pacientes, ya que ellos cumplen un papel importante no solo en el hecho de aceptar la educación que se brinda sobre cómo detectar el cáncer precozmente, sino que ellos pueden ser los primeros facilitadores de detección temprana, y evitar que esta patología llegue a presentar complicaciones que pongan en riesgo la vida. De esta forma se ayudará a realizar un diagnóstico precoz que llevará a mejorar las cifras de atención y las de detección temprana como lo habíamos referido anteriormente.

Finalmente, el presente trabajo constituye un aporte a la sociedad porque nos permite divisar el

panorama referente a la situación actual de la atención en los servicios de urgencias por parte de personas con una morbilidad de alto impacto social. Como profesionales médicos debemos reflexionar acerca del contexto integral del individuo contemplando a la enfermedad y su progresión clínica como la manifestación de múltiples factores de riesgo potencialmente prevenibles, por ejemplo, la pobreza, el afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente diagnosticado y su familia y las limitaciones de acceso a servicios de salud.

Por lo anterior, es imperativo instaurar herramientas para fortalecer la atención primaria para evitar la congestión en los servicios de urgencias, por ende, la solución y los esfuerzos deben ir dirigidos al fortalecimiento de programas de prevención y tamizaje, teniendo en cuenta que a aquellos diagnósticos a los que se aplican tales iniciativas tienen una disminución importante en su carga poblacional, y por lo tanto en las tasas de mortalidad. Estos ítems pueden tener adecuadas respuestas, siendo éstas formuladas en proyectos de ley y nuevas estrategias de salud pública. Así mismo se debe propender a fortalecer la atención primaria mediante el fortalecimiento de la capacidad técnico-científica partiendo del aumento de la inversión económica e incrementando los puntos de atención en las zonas rurales del país.

Para culminar, debe ser motivo de reflexión para la comunidad entender el estrés emocional al que se afronta un paciente oncológico por lo que es de interés contribuir en el vínculo de apoyo del paciente con su entorno.

Referencias

1. Fitzmaurice C, Allen C, Barber RM, Barregard L, Bhutta ZA, Brenner H, et al. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-years for 32 Cancer Groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol* 2017 /04/01;3(4):524-548.
2. Ospina M ML. Observatorio Nacional de Cáncer Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2015 Jun 1;33(2).
3. Lopez J, de Vries E, Espinoza M, et al. Análisis de Situación del Cáncer en Colombia 2015. Instituto Nacional de Cancerología. 2015; [07/02/18] 20-34.
4. Organización Panamericana de la Salud. Las enfermedades no transmisibles en las agendas globales. United Nations Population Division: World Population Prospects: The 2008 Revision; [07/02/18] 1-8.
5. Boscoe FP, Johnson CJ, Sherman RL, Stinchcomb DG, Lin G, Henry KA. The relationship between area poverty rate and site-specific cancer incidence in the United States. *Cancer* 2014 Jul 15;120(14):2191-2198.
6. Akinyemiju T, Wiener H, Pisu M. Cancer-related risk factors and incidence of major cancers by race, gender and region; analysis of the NIH-AARP diet and health study. *BMC Cancer*. 2017; 17:597. doi:10.1186/s12885-017-3557-1. Richards R, McNoe B, Iosua E, et al. Knowledge of Evidence-Based Cancer Risk Factors Remains Low Among New Zealand Adults: Findings from Two Cross-Sectional Studies, 2001 and 2015. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*. 2017; 18(11):2931-2936. doi:10.22034/APJCP.2017.18.11.2931.
7. Richards R, McNoe B, Iosua E, et al. Knowledge of Evidence-Based Cancer Risk Factors Remains Low Among New Zealand Adults: Findings from Two Cross-Sectional Studies, 2001 and 2015. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP*. 2017; 18(11):2931-2936. doi:10.22034/APJCP.2017.18.11.2931.
8. Del Risco Kollerud R, Blaasaas KG, Claussen B. Poverty and the risk of leukemia and cancer in the central nervous system in children: A cohort study in a high-income country. *Scand J Public Health* 2015 November 1;43(7):736-743.
9. Denollet J. Personality and cancer. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12(6):743-48

10. Barroilhet Díez S, Forjaz MJ, Garrido Landivar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas españolas de psiquiatría*. 2005 Nov 1;33(6)
11. Sánchez-Vanegas G, Abadía-Barrero CE, De la Hoz F, Nova J, López E. Cáncer de piel: barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana. *Rev salud pública, Rev salud pública* 2013 -10; 15:671-683.
12. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. Factores asociados con el tratamiento oportuno de mujeres con cáncer de mama apoyadas por una organización no gubernamental en Bogotá. *Biomédica* 2015 /12/01; 35(4):505-12.
13. Aseguramiento - Georeferenciado. 2016; Available at: <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento/aseguramientogeoreferenciado>. Accessed Apr 15, 2018.
14. José Luis Herrera Beltrán, Juan Felipe Conde Roa, Olga Lucía Pinzón Espitia. Evaluación de una Red Integrada de Servicios de Salud en Colombia. 2017; 13.
15. Sarmiento A, Castellanos W, Nieto A, Alonso C, Perez C (2005) Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del sistema general de seguridad social en salud. *Archivos de Economía*.
16. Sanz c. Out-of-sync cancer care: health insurance companies, biomedical practices, and clinical time in Colombia. *Medical anthropology* 2017 april 3,36(3):187-201.
17. Nambiar D, Mander H. Inverse care and the role of the state: the health of the urban poor. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017; 95(2):152-153. doi:10.2471/BLT.16.179325.
18. Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional*, 204.
19. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, ESE. PLAN DECENAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA, 2012-2021; Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE.; 2012. [07/02/18]
20. Congreso de Colombia. Ley estatutaria no. 1751. 2015 feb 16.
21. Congreso de Colombia. Ley 1388 de 2010. 2010 Mayo 26.
22. Ministerio de Protección Social. Resolución No. 1419 de 2013. 2013, mayo 6:72-81.
23. Dr. Bernardo Hernández. Dirección de Epidemiología, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán, 62508 Cuernavaca, Morelos, México

24. Zhi Yang, Runxiang Yang, Min Ji Kwak, Aiham Qdaisat, Junzhong Lin, Charles E Begley, et al. Oncologic emergencies in a cancer center emergency department and in general emergency departments countywide and nationwide. *PLoS One* 2018 Feb 1; 13(2):e0191658.
25. Morris PJ. Social determinants of health. *North Carolina medical journal* 2012 Sep; 73(5):352.
26. Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2016 Sep 3,34(3).
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades sociales en salud en Colombia: informe técnico. 6a ed. Bogotá: INS. 2015; p 377
28. Ministerio de Salud, Texto de Apoyo, pg. 29; [02/03/2018]. Available at: <http://www.minsa.gob.pe/publicaciones/pdf/apoyoems.pdf>.
29. Karina Acosta. La salud en las regiones colombianas: inequidad y morbilidad. : Banco de la República - Centro de Estudios Económicos Regionales; 2014. Available at: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_213.pdf
30. Hernández Jorge Martín Rodríguez, Rubiano Diana Patricia Rodríguez, Barona Juan Carlos Corrales. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 June [cited 2018 Sep 18]; 20(6): 1947-1958. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000601947&lng=en. n. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>.
31. Restrepo-Zea, Jairo Humberto, Silva-Maya, Constanza, Andrade-Rivas, Federico, & VH-Dover, Robert. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
32. Guzmán K. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. CEER. Colombia. Mayo 2014. [10/14/2018]. Available at: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_202.pdf