



VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

GOBERNACIÓN
Departamento del
Valle del Cauca
Secretaría de Salud



Apoya:



CALI – COLOMBIA

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

María Isabel Ulloa

Directora Ejecutiva de ProPacífico

Daniel Echeverri

Director Proyectos Salud de ProPacífico

EXPERTOS LOCALES

Dra. Claudia Carreño Albarán, ginecóloga y colposcopista

Red de Salud Ladera

Dr. Javier Burbano Luna, ginecólogo oncólogo

Hospital Universitario del Valle

Carmen Palta, enfermera y magister en epidemiología

Consultora ProPacífico

Elisa Pinzón, odontóloga y epidemióloga

Consultora ProPacífico

Andrés H. Pérez Bustos, sociólogo y magister en Salud Pública

Consultor ProPacífico

EXPERTOS TEMÁTICOS

Dr. Miguel Zamir Torres, médico, magíster en salud pública

Experto y asesor nacional

Dr. Javier Rodríguez, médico, doctor en salud pública

Experto y asesor nacional

Carmen Rosario Palta Galíndez, Enf. MSC

Consultora – ProPacífico

ASESOR METODOLÓGICO

Francisco Escobar Aguilón, médico, magíster en salud pública y epidemiología

Consultor ProPacífico

AGRADECIMIENTOS

El presente documento es el resultado de una iniciativa regional coordinada por el Proyecto de Salud de Fundación ProPacífico, la Secretaría de salud del Valle del Cauca, la Secretaría de salud de Cali, y el apoyo de Roche®, en el marco de un trabajo colaborativo y de alianzas público-privadas que se gestan desde el CODDECCA.

Manifestamos un reconocimiento a las organizaciones, instituciones prestadoras de servicios de salud, Empresas Sociales del Estado, EPS, y profesionales de la salud que participaron a lo largo del proyecto, por haber contribuido con el diagnóstico, discusión, y propuestas para el fortalecimiento del proceso de atención de pacientes en riesgo o con cáncer de cuello uterino, valiosos aportes que permitieron la construcción de este documento.

AVISO IMPORTANTE

Esta vía clínico-administrativa ha sido desarrollada como una guía para orientar el manejo de pacientes con cáncer de cuello uterino, basándose en la evidencia científica y el consenso de expertos disponibles al momento de su elaboración.

Estas recomendaciones no reemplazan el juicio clínico individual del profesional de la salud, quien debe tomar las decisiones finales considerando las características y necesidades únicas de cada paciente. La medicina es una ciencia en constante evolución; por ello, se recomienda contrastar la información aquí presentada con otras fuentes y guías clínicas actualizadas.

Los autores y desarrolladores de esta vía no asumen responsabilidad por el uso que se le dé a esta información ni por los resultados clínicos que de su aplicación se deriven. La responsabilidad final de la atención al paciente recae enteramente en el profesional tratante.

SIGLAS

CODDECCA	Consejo departamental y distrital para el control del cáncer
EPS	Entidad Promotora de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
RIPS	Registro de Prestación de servicios de salud
PGP	Pago Global Prospectivo
NP	Navegación de pacientes

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS	6
INTRODUCCIÓN	9
OBJETIVOS	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10
METODOLOGÍA	11
VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO	12
Secuencia temporal de la vía	12
Listado de actores o perfiles de la vía	13
Matriz de intervenciones de la vía	16
BARRERAS Y FACILITADORES	23
PUNTOS CRÍTICOS	24
VARIABILIDAD	27
PROPUESTA DE VÍA DIFERENCIAL	28
CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS	34

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Momentos del proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de cuello uterino	13
Tabla 2. Actores o Perfiles involucrados en la vía	14
Tabla 3. Acciones poblacionales (promoción) y prevención primaria	17
Tabla 4. Intervenciones de tamización	18
Tabla 5. Intervenciones de diagnóstico – componente primario	20
Tabla 6. Intervenciones de diagnóstico y estadificación – componente complementario	21
Tabla 7. Intervenciones de tratamiento y seguimiento	22
Tabla 8. Barreras y facilitadores	23
Tabla 9. Puntos críticos de la vía	25
Tabla 10. Indicadores para monitoreo y evaluación	26
Tabla 11. Escenarios de variabilidad en la vía	27

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas, como concepto, no son algo nuevo. Su origen se puede rastrear a principios de la década de 1980, en los Estados Unidos, mediante las propuestas de diversos grupos de profesionales de enfermería encaminadas a mejorar los tiempos y desenlaces del proceso de atención de los pacientes quirúrgicos. En esa época surgieron los pagos globales prospectivos, pagos fijos de modalidad presupuestal para los hospitales estadounidenses, por lo que existía la necesidad de mejorar en términos de eficiencia y organización en la prestación de los servicios de salud (1). En este contexto, las vías clínicas se convirtieron en uno de los instrumentos para proveer una atención basada en valor, es decir, mejores resultados con la utilización eficiente de los recursos disponibles.

Las vías clínicas son instrumentos que permiten planificar y coordinar la secuencia de procedimientos asistenciales y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial (1). En este sentido, las vías clínicas son un mecanismo que “mapea” el proceso de atención en general, quiénes participan, qué se espera que hagan, y cuáles son los puntos que requiere refuerzo o vigilancia. Por tanto, las vías clínicas facilitan el mejoramiento de los procesos institucionales y el relacionamiento del talento humano.

Además, las vías clínicas se tornan en una herramienta que facilita la implementación de guías de atención y protocolos de manejo. En este punto, es importante resaltar las diferencias entre una vía clínica y una guía de atención. Las guías de atención son un conjunto de recomendaciones que han sido diseñadas para ayudar en la toma de decisiones clínicas, especialmente médicas, relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de paciente con una patología en

particular, ya que tales recomendaciones están basadas en la mejor evidencia disponible. Por tanto, el atributo más importante de las guías de atención es su validez general, esto es, su aplicabilidad en diferentes entornos, instituciones o territorios (2).

Por otro lado, las vías clínicas son mapas asistenciales, que se aplican a pacientes con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible, en un contexto definido, y en un entorno asistencial específico. Por tanto, su atributo más importante es su validez local, esto es, su valor radica en que sirven para un escenario clínico concreto y fuera de la institución donde fue diseñada es posible que no tenga la misma utilidad (2,3).

Con base en lo anteriormente expuesto, las vías clínicas son importantes, inclusive necesarias, para lograr una implementación óptima de diversas intervenciones basadas en evidencia, en donde la práctica actual pueda conllevar a un mejor cuidado del paciente gracias al uso efectivo, seguro y eficiente de esa evidencia. Es claro que simplemente tener evidencia publicada en revistas científicas o guías ministeriales, no garantiza de manera automática la obtención de mejores resultados en salud (4).

En síntesis, una vía clínica es un instrumento que combina una “ruta de atención clínica” con una “ruta administrativa”, organizando el modelo de atención dispuesto para el manejo de un grupo de riesgo, mapeando los perfiles o roles de los profesionales que participan en el proceso de atención (tanto clínicos como administrativos), e identificando aquellos momentos críticos de la ruta que pueden entorpecer el proceso de atención, así como identificando oportunidades de mejoramiento.

Las vías clínicas tienen por objetivos (3):

- 1). Facilitar la introducción de guías y su seguimiento en la práctica clínica.
- 2). Mejorar la comunicación multidisciplinaria y la planeación del cuidado, incluyendo la atención primaria.
- 3). Alcanzar estándares de calidad.
- 4). Disminuir la variación no deseada de la práctica médica.
- 5). Identificar preguntas para investigación y desarrollo.

Estos objetivos se logran a través del diseño, consensado y validado, de una matriz de intervenciones (o matriz de tareas – tiempo), en la que están consignados (3,5,6):

- Profesionales involucrados (quiénes). Se registran en filas.
- Secuencia temporal de las intervenciones (cuándo). Se registran en columnas.
- Intervenciones clínico-administrativas. Hacen parte del contenido de la matriz.
- Intervenciones hito, que corresponden a puntos críticos de la vía que tiene indicadores para su monitoreo.

Un punto de especial mención son las intervenciones hito. Este tipo de intervenciones corresponde a un subconjunto de las intervenciones mapeadas en el proceso de atención, que ha sido consideradas como críticas, ya que su ejecución influye en el funcionamiento global de la vía (con repercusiones en los resultados en salud esperados), pero que, además, cuentan con indicadores de implementación. Las intervenciones hito, en conclusión, son intervenciones tanto críticas como monitorizadas, que afectan el desempeño global de toda la vía clínica (7).

Así mismo, las vías clínicas involucran puntos de variabilidad. Usualmente descritas en tablas de variabilidad (5,6), corresponden a

momentos en que la vía clínica no da respuesta a la situación presentada, por lo que al paciente debe hacerse una intervención que no está contemplada en la matriz. Expresado en otras palabras, son momentos del proceso de atención que señalan “desvíos” de la atención, los cuales son necesarios identificar para ajustar la vía clínica, a través de un proceso de mejoramiento continuo y revalidación con los expertos en la materia.

OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar una vía clínico-administrativa para el proceso de atención de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer de cuello uterino, a partir del conocimiento y experiencia de expertos locales.

Objetivos específicos

- Identificar la secuencia temporal de las intervenciones relacionadas con el manejo del cáncer de cuello uterino.
- Elaboración de la matriz de intervenciones para sospecha y diagnóstico de cáncer de cuello uterino, a partir del consenso y validación de los expertos locales.
- Identificación de los puntos críticos y de variabilidad de la vía clínico-administrativa.
- Proponer una vía diferencial para el acceso y manejo integral de acuerdo con el nivel de riesgo para desarrollar cáncer de cuello uterino.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de la vía clínico-administrativa en cáncer de cuello uterino, se convocaron expertos locales procedentes de diferentes actores del sector salud, que se listan a continuación:

- Especialista en ginecología.
- Especialista en ginecología oncológica.
- Profesionales de medicina.
- Profesionales de enfermería.
- Representante de las Entidades Territoriales.
- Representantes de IPS, tanto del componente primario como del complementario.
- Representante de las EPS.

Se organizó un taller presencial con los expertos convocados, en donde se realizó un consenso y discusión abierta para la identificación y elaboración de los insumos necesarios para la construcción de la vía.

Durante este taller, **celebrado el 06 de junio de 2025**, se realizaron las siguientes actividades:

- **Identificando los momentos del proceso de atención (journey del paciente).** Esto es similar, aunque no por completo, a la metodología del patient journey mapping, ya que el propósito de esta secuencia fue identificar los contactos relevantes del paciente con el sistema de salud (8,9), así como los pasos más importantes del proceso de atención, desde la tamización hasta el tratamiento. La pregunta orientadora fue:

¿Cuáles son los momentos clave del proceso de atención en CÁNCER DE CUELLO UTERINO? ¿Cuáles son los contactos que requiere el paciente durante su trayecto de atención?

- **Identificando las intervenciones de la vía.** En esta actividad se buscó la identificación de las intervenciones de la vía, mediante la siguiente pregunta orientadora: ¿Quiénes participan en la atención de una persona con sospecha o diagnóstico de CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

- **Identificando las barreras y facilitadores.** Se realizó una discusión abierta con el fin de establecer el contexto de la vía clínico-administrativa en cuanto a los retos para su implementación. La pregunta orientadora fue: ¿Cuáles son las barreras y facilitadores que presenta actualmente el sistema de salud en torno a la atención de una persona con sospecha o diagnóstico de CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

- **Identificando de los momentos críticos (hitos) y puntos de variabilidad de la vía.** En esta actividad, se orientó la discusión hacia aquellos momentos en que son críticos en la vía clínica, es decir, aquellos momentos en que la vía se torna "lenta" o se producen potenciales "desvíos". Para ello, se plantearon las siguientes preguntas orientadoras: a. Con base en las barreras identificadas, ¿cuál cree Ud. corresponde a un momento crítico de la vía, es decir, aquel punto del journey del paciente en donde se retrasa, enlentece o "bloquea" la vía? b. En su opinión, ¿en qué momento un paciente puede "perderse" de la vía clínico-administrativa, es decir, que requiere de atenciones diferentes a las propuestas? Ej. Hospitalización

- **Explorando aspectos de salud poblacional relacionados con una propuesta de vía diferencial ("cortocircuito en la vía").** Se continua con la discusión abierta, orientada por preguntas, adaptando los niveles de análisis de determinantes sociales en salud de Blas y Kurup (10), para lo cual se proponen las siguientes categorías a tener en cuenta para la vía diferencial:

- **POBLACION DE ALTO RIESGO:** ¿Qué características epidemiológicas, o de cualquier criterio, se podría proponer como atributos de "población de alto riesgo para CÁNCER DE CUELLO UTERINO" en comparación con la población general?
- **ACCESO DIFERENCIAL:** ¿Cuáles subgrupos poblacionales requieren de un acceso más temprano, más frecuente, o más seguido a una valoración para determinar la presencia o no de CÁNCER DE CUELLO UTERINO?
- **INTERVENCIONES DIFERENCIALES:** ¿Qué aspectos del CÁNCER DE CUELLO UTERINO requieren de un proceso diagnóstico y terapéutico diferente y que, por tanto, deberían abreviarse en la ruta ("atajos de la vía")?

- **Definiendo una propuesta de mecanismo para el Monitoreo y Evaluación de la vía clínico-administrativa.** Se culmina la discusión mediante algunos aspectos que podrían tenerse en cuenta como mecanismo de monitoreo y evaluación de la vía clínico-administrativa en cáncer de cuello uterino. Las preguntas orientadoras fueron: a. ¿Cuáles cree son indicadores que debería tener esta vía clínico-administrativa para monitorizar su desempeño general? b. ¿Cuáles resultados en salud, de corto y largo plazo, propondría Ud. para la evaluación de esta vía clínico-administrativa?

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Secuencia temporal de la vía

Para el desarrollo de las intervenciones de la vía clínico-administrativa, se organizaron las siguientes fases que describen, en términos generales, el proceso de atención esperado de todo paciente con sospecha y/o confirmación de cáncer de cuello uterino. A partir de estas fases, se identificaron los momentos relevantes para la vía. Estos momentos reflejan la visión de los expertos locales en cuanto a los que consideran los más relevante para el paciente, como desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud.

Tabla 1. Momentos del proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de cuello uterino

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	MOMENTOS DE LA VÍA - GENERALES
FASE 1: ACCIONES POBLACIONALES (PROMOCIÓN) Y PREVENCIÓN PRIMARIA	Educación para la salud
	Promoción de la salud
	Fomento de una conducta de búsqueda de atención ("demanda espontánea")
	Vacunación contra VPH
FASE 2: TAMIZACIÓN	Primer contacto con la IPS Primaria ("demanda inducida")
	Realización de la prueba de tamización
	Realización del Triage (si aplica)
	Manejo y seguimiento de lesiones precursoras o pre-cancerosas
FASE 3: DIAGNÓSTICO - COMPONENTE PRIMARIO	Realización de la colposcopia y biopsia
	Reporte de histo-patología
	Escenario de detección temprana: paciente con síntomas y signos
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN - COMPONENTE COMPLEMENTARIO	Primera valoración por Especialista en Oncología
	Estudios de extensión
	Definición del tratamiento
FASE 5: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Manejo con Cirugía
	Manejo con Radioterapia
	Manejo con Quimioterapia
	Controles
	Apoyo psico-social
	Cuidados paliativos

A partir de este marco de referencia para la vía, se construyeron el listado de perfiles y las intervenciones.

Listado de actores o perfiles de la vía

En la medida que los expertos locales ahondaban en los momentos e intervenciones de la vía clínico-administrativa, se iban proponiendo diferentes perfiles y profesionales de la salud que participan (o que al menos deberían participar) en el proceso de atención. Así mismo, se identifican algunos actores clave del sistema de salud que son tanto facilitadores, como veedores de la calidad de la atención en salud.

A continuación, se presenta los actores o perfiles identificados, y el rol que cumplen en el proceso de atención.

Tabla 2. Actores o Perfiles involucrados en la vía

ACTORES INVOLUCRADOS	ROL PROPUESTO EN LA VÍA
Paciente	"Protagonista" de la vía. Es a quien se le debe garantizar el acceso, integralidad, continuidad y coordinación de la atención.
Secretaría de salud	Institución en quien recae la gobernanza local del sistema de salud, por lo que su alcance es amplio y diverso. Para esta vía clínico-administrativa, se visualiza como actor clave en las fases de promoción de la salud, prevención de la enfermedad (incluye fomento de la tamización), y sensibilización de la población general para el diagnóstico temprano.
Equipos básicos de salud	Iniciativa de atención extramural que ha tenido un impulso reciente desde las políticas del Ministerio de Salud, lo que ha permitido realizar acciones preventivas desde el mismo entorno en donde vive el paciente. Esto se complementa con las intervenciones de tamización en Equipos móviles que ya se viene realizando desde la Entidad Territorial.
IPS primaria	Corresponde al actor del sistema de salud en donde ocurre los primeros contactos del paciente con el sistema de salud y el talento humano en salud. Por tanto, es el escenario idóneo para la intervención individual de factores de riesgos en el marco de derechos sexuales y reproductivos, así como los procesos encaminados a su detección temprana.
Médico general	Profesional de la salud que se considera clave en el proceso de diagnóstico, dado que es el encargado de ordenar las pruebas de tamización, así como generar la sospecha de cáncer ante una sintomatología disiente, como lo es: sangrado vaginal anormal, fluido vaginal fétido, dispareunia, sangrado postcoital. Por tanto, este profesional requiere contar con las herramientas que faciliten la toma de decisiones, así como capacitaciones para mejorar sus competencias.
Enfermería	Profesional de la salud que se considera clave en el proceso de diagnóstico, dado que es el encargado de realizar las pruebas de tamización. Hace parte de las IPS primaria y complementaria, con un alcance amplio, transversal a los diferentes momentos del proceso de atención de la persona con sospecha de cáncer de cuello uterino. Como profesional experto en brindar cuidados, se le atribuye un papel clave en aspectos educativos tanto para el paciente.
Auxiliar de enfermería	Técnico en salud que representa buena parte de la fuerza laboral de las IPS, especialmente en las IPS primarias. Se encarga de la toma de citologías y las pruebas de ADN VPH. Además, se encargan del diligenciamiento de bases de datos, seguimiento a los casos, captación de pacientes y acciones de educación en salud, tanto en las IPS como en contextos comunitarios.

ACTORES INVOLUCRADOS	ROL PROPUESTO EN LA VÍA
Especialista en Ginecología	Especialista médico. Se visualiza como el profesional de la salud central en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino, dado su rol en la realización de la colposcopia + biopsia.
EPS – autorizaciones	Actor cuya función está enmarcada en facilitar el acceso, continuidad, integralidad y coordinación en el proceso de atención de las personas con sospecha o con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, especialmente, en lo relacionado con la gestión de su red adscrita. Por ejemplo, algunas EPS tiene convenido la realización de la prueba de ADN para VPH en una IPS, pero la citología de Triaje o la colposcopia está direccionada en otra IPS diferente.
Equipos de contacto telefónico a los usuarios	Este rol figura dentro de la IPS Primaria, visualizado en el papel importante que tiene la demanda inducida, además de la gestión de la cita en aquellas mujeres que aceptan realizarse una prueba de tamizaje.
Facturadores – IPS	Es el complemento del rol de "EPS – autorizaciones", ya que la solicitud y proceso para la creación de RIPS van de la mano.
Gestores de riesgo o auditores de autorizaciones – EPS	Corresponde a los equipos de las EPS relacionados con la gestión de riesgo de cohortes, ya que tiene unas responsabilidades más específicas en cuanto a la detección y manejo de usuarios con cáncer.
Equipo de seguimiento – EPS/IPS	Muchas EPS cuentan con equipos de profesionales que hacen el seguimiento a los contratos y miden el desempeño de sus IPS adscritas, en este caso, aquellas directamente relacionadas con el proceso de atención. En este sentido, las IPS también cuentan con los perfiles correspondientes, que permite que los procesos administrativos sean más efectivos y eficientes.
EPS – auditor de alto costo / seguimiento a PGP	Un subgrupo de gestores de riesgos de las EPS es aquellos que hacen la auditoría a los acuerdos de voluntades. Dado que la tamización está más vinculada a una capitación, y la atención oncológica a PGP, es fundamental el rol que tiene la Aseguradora como garante de la coordinación de la atención integral y oportuna para las mujeres con sospecha o con diagnóstico reciente de Cáncer de cuello uterino.
Especialista en patología	Profesional de la salud especializado. Es un perfil fundamental, ya que se encarga de realizar el diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
Especialista en Oncología	Profesional de la salud especializado. Perfil esencial, ya que se encarga de la estadificación y plan de manejo necesario para el tratamiento efectivo del cáncer de cuello uterino.

ACTORES INVOLUCRADOS	ROL PROPUESTO EN LA VÍA
Especialista en Ginecología Oncológica	Profesional de la salud especializado. Perfil esencial para aquellos casos en que se logra identificar un paciente con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, ya que la posibilidad de curación/sobrevivida es mayor.
Equipo de Navegación	Grupo de profesionales de la salud. Dispositivo que muchas IPS han implementado para garantizar la coordinación de la atención del paciente con cáncer, en especial, cuando algunos servicios o tecnologías se prestan en IPS diferentes a la IPS Oncológica (por motivo de la contratación dispuesta por la EPS).
Psicología	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con cáncer de cuello uterino.
Trabajo Social	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con cáncer de cuello uterino.
Especialista en cuidados paliativos	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con cáncer de cuello uterino. Perfil relevante en el manejo integral del dolor y afrontamiento, desde el diagnóstico hasta los cuidados al final de la vida.

Matriz de intervenciones de la vía

Otro aspecto que se elaboró en las discusiones con los expertos locales fue las intervenciones de los actores en función de los momentos de la vía clínico-administrativa. Con esto, se logra construir la matriz de intervenciones, en la que se ha identificado qué intervenciones son consideradas esenciales en función del momento del proceso de atención.

Las intervenciones se organizaron en categorías que aluden los atributos de un modelo basado en atención primaria (11,12), con el propósito de visualizar cómo la vía clínico-administrativa puede contextualizar una estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en el marco de la detección temprana y manejo del cáncer de cuello uterino. En cada fase del proceso de atención, se han identificado los actores o perfiles clave, para resaltar su participación en el proceso de atención, y con que otros actores o perfiles podría relacionarse.

Del mismo modo, la vía clínico-administrativa ilustra a modo de “mapa asistencial y administrativo” que toma en cuenta las acciones conjuntas de estos roles o perfiles (especialmente los profesionales de la salud), así como las acciones de índole administrativo que debe surtir para que la oportunidad en el diagnóstico e inicio de tratamiento sean lo más expeditas posibles.

Tabla 3. Acciones poblacionales (promoción) y prevención primaria

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> * Eventos comunitarios sobre salud. * Campañas de salud realizadas por los equipos básicos. * Aprovechar cualquier contacto de la mujer con los servicios de salud para informar y comunicar sobre el Carcinoma de cuello uterino y las estrategias de prevención. 	* Profesionales de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> * Promover acciones de educación y comunicación en salud dirigidas a abordar mitos y creencias limitantes, relacionadas con el Carcinoma de cuello uterino. * Garantizar la disponibilidad del biológico para la vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> * Diseñar rutas claras y sin barreras para garantizar que la búsqueda espontánea de una atención en salud o prueba de tamización sea oportuna e, idealmente, con un acompañamiento desde la IPS Primaria 		<ul style="list-style-type: none"> * Generar los espacios donde hagan sinergia acciones desde los actores clave del sistema de salud, como son EPS, IPS y Entidad Territorial, en cuanto a los mensajes de comunicación, o campañas de tamización extramurales. * Crear los canales de comunicación que permitan identificar y direccionar a una mujer con intención de realizarse la prueba de tamizaje, independientemente de su aseguradora o IPS Primaria. 	<ul style="list-style-type: none"> * Las campañas de comunicación, la generación de mensajes masivos, y las estrategias educativas deberían hacer énfasis en los mitos y creencias que existen acerca del cáncer cuello uterino, así como las pruebas de tamización.
Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> * Acciones para "sensibilizar" a la mujer sobre Carcinoma de cuello uterino y las estrategias de prevención. * Diseño de mensajes claros sobre el cáncer de cuello uterino y las estrategias de prevención. 	<ul style="list-style-type: none"> * Auxiliares de enfermería * Médicos generales 					
Fomento de una conducta de búsqueda de atención ("demanda espontánea")	<ul style="list-style-type: none"> * Estrategias de comunicación "voz a voz" * Acciones desde el Plan de Intervenciones Colectivas 	<ul style="list-style-type: none"> * Equipos básicos de salud * Gestores de riesgo – EPS * Entidades territoriales 					
Vacunación contra VPH	<ul style="list-style-type: none"> * Entornos educativos, dirigidos a los padres de familia. * Campañas de vacunación en entornos educativos, laborales y otros. 						

Tabla 4. Intervenciones de tamización

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Primer contacto con la IPS Primaria ("demanda inducida")	<ul style="list-style-type: none"> * Articulación entre la EPS y/o la IPS Primaria con la Entidad Territorial, especialmente si la información deriva de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). * Generación de una base de datos por parte de las EPS, para fines de captación desde las IPS. * Demanda inducida desde las IPS Primarias a la población susceptible de tamización. * Agendamiento de la paciente para la toma de la prueba. * Búsqueda activa de paciente "inefectivos" (no contactabilidad desde la información suministrada en las bases de datos). 	<ul style="list-style-type: none"> * Profesionales de enfermería. * Auxiliares de enfermería * Médicos generales * Especialistas en Ginecología * Cito-tecnólogos * Profesional de laboratorio clínico * Equipos básicos de salud * Gestores de riesgo o auditores de autorizaciones – EPS * Facturadores – IPS * Equipos de Call Center * Entidades territoriales 	<ul style="list-style-type: none"> * Garantizar el proceso y talento humano para la realización de la demanda inducida. * Es necesario procurar por la calidad del dato de las usuarias desde las EPS. * El escenario ideal es que el horario para la realización de la prueba de tamización, así como la disponibilidad de insumos y reactivos, permite ampliar los horarios y que el acceso sea inmediato. 	<ul style="list-style-type: none"> * Diseñar una ruta operativa que permita el trayecto oportuno, seguro y efectivo entre la realización de la prueba de ADN VPH y la citología. * Crear los mecanismos para "rastrear" a la paciente desde que se agenda a cita, hasta el reporte del resultado de la prueba de triaje. 	<ul style="list-style-type: none"> * El proceso de toma de la prueba de tamización debe ir articulado con educación y acompañamiento, con fines de garantizar los pasos siguientes en el proceso diagnóstico, esto es, la toma de la biopsia. * Si bien muchas mujeres que iniciar el proceso de tamización ya están más sensibilizadas y se garantiza cierta adherencia a la ruta, es importante brindar pautas de sobre derechos sexuales y reproductivos, además de otros aspectos propios de la promoción de la salud de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> * Se debe disponer de los canales de comunicación, medios de flujo de información, entre otros, cuando la mujer se ha realizado la prueba de ADN VPH por fuera de la red primaria de la EPS. Ej: mujer tamizada en una campaña extra-mural por parte de la Entidad Territorial. * Ante la futura disponibilidad de la auto-toma para ADN VPH, se debe garantizar el seguimiento de la toma mujer a quien se le ha entregado el kit ya que, en caso de positividad, se debe agendar para prueba de Triaje o prueba diagnóstica, según el protocolo adoptado por la IPS. 	<ul style="list-style-type: none"> * Dado que en la medida en que se amplíe la cobertura de la prueba de ADN VPH resultarán más casos positivos, así al final no resulte en cáncer, se debe abordar cada mujer en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, y vinculación activa de la pareja. * Es importante identificar dispositivos sociales o comunitarios para facilitar el acceso a la prueba de tamización.

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Realización de la prueba de tamización	<ul style="list-style-type: none"> * Si la usuaria llega por sus propios medios, se debe canalizar al tamizaje de forma inmediata. Evitar diferir la realización de la prueba. * Verificar fecha de la última prueba de tamizaje. * Validación de derechos de la usuaria (afiliación a la EPS). * Agendamiento, recomendaciones para la prueba, y confirmación de la cita. * Realización de la citología o prueba de ADN VPH, según el caso. * Educación para reclamar el resultado. 						
Realización del Triage (si aplica)	<ul style="list-style-type: none"> * De acuerdo con el protocolo adoptado por la IPS, se procede a la realización de prueba de Triage con citología, si el resultado de prueba de ADN VPH resultase positivo. 						
Manejo y seguimiento de lesiones precursoras	<ul style="list-style-type: none"> * Validación de resultados. * Reportar a las EPS * Realización del seguimiento por parte de las IPS Primarias. * Valoración por especialista en ginecología, según cada caso. 						

Tabla 5. Intervenciones de diagnóstico – componente primario

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Realización de la colposcopia y biopsia	<ul style="list-style-type: none"> * Agendamiento del procedimiento, previa orientación de la paciente. * Firma consentimiento informado. * Verificación de la disponibilidad del especialista en ginecología e insumos. * Recomendaciones post-procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> * Profesionales de enfermería. * Médicos generales * Especialistas en Ginecología * Especialista en Patología * Gestores de riesgo o auditores de autorizaciones – EPS * Trabajo social * Psicología * Equipo de seguimiento – EPS/IPS 	<ul style="list-style-type: none"> * Garantizar que toda mujer con citología o prueba de ADN VPH alterada se le realice la colposcopia. * Capacitar a los profesionales de medicina general en la adecuada interpretación y manejo de los casos con lesiones precursoras (ej. NIC) * Capacitar a los profesionales de medicina general en la adecuada realización y documentación del examen físico ginecológico en toda mujer con síntomas sugerentes de Cáncer: sangrado vaginal anormal, dispareunia, sangrado post-coital. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fortalecer los procesos para que los tiempos entre la toma de la prueba de tamización y la colposcopia sean lo más breve posible. * Crear los canales de información entre la IPS que realiza la colposcopia y la IPS de laboratorio de patología. 	<ul style="list-style-type: none"> * Proveer la atención de la colposcopia en conjunto con un seguimiento o intervención por parte del grupo de intervención psico-social. * Evaluar por condiciones que son factores de riesgo para un Cáncer de cuello uterino de alto riesgo: embarazo, VIH, condición crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Articular los servicios y el sistema de información de la prueba de tamización, la colposcopia y la biopsia/patología. * Facilitar los canales de comunicación entre las diferentes IPS de la red contratada por la EPS: IPS primaria, IPS procedimiento de colposcopia, IPS laboratorio de patología, IPS Oncológica 	<ul style="list-style-type: none"> * Identificación de dispositivos sociales o comunitarios para facilitar el afrontamiento al diagnóstico de cáncer.
Reporte de histo-patología	<ul style="list-style-type: none"> * Recepción de la muestra y procesamiento de la misma. * Emisión del informe de patología. 						
Escenario de detección temprana: paciente con síntomas y signos	<ul style="list-style-type: none"> * Paciente con síntomas sugerentes de cáncer de cuello uterino: sangrado vaginal anormal, dispareunia, sangrado post-coital. * Valoración por medicina general – se identifica posible masa en cérvix * Realización de colposcopia – biopsia para confirmar o descartar Cáncer de cuello uterino. 						

Tabla 6. Intervenciones de diagnóstico y estadificación – componente complementario

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Primera valoración por Especialista en Oncología o ginecología oncológica	<ul style="list-style-type: none"> * Envío de base de datos de casos incidentes desde la EPS a la IPS Oncológica * Programación de la primera consulta con Especialista en Oncología * Valoración integral, confirmación del diagnóstico, solicitud de estudios de extensión. 	<ul style="list-style-type: none"> * Especialista en Oncología * Especialista en Ginecología Oncológica * Profesional de enfermería * Equipo de navegación * Especialista en radiología * Equipo psico-social * EPS – auditor de alto costo / seguimiento a PGP 	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluar la oportunidad y eficacia de los mecanismos de "puerta de entrada" de la IPS Oncológica para que toda mujer con reporte de patología positiva para cáncer sea valorada con la mayor brevedad posible. * Diseñar un mecanismo de gestión de red efectivo, oportuno, seguro y de calidad (por parte de la EPS) cuando algunos estudios de extensión se realizan en IPS diferente a la IPS Oncológica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fortalecer los equipos de navegación para que el proceso de diagnóstico y estadificación se realice en los tiempos óptimos, para iniciar el tratamiento. * Crear los canales de información entre la IPS que realiza el reporte de patología y la IPS oncológica. 		<ul style="list-style-type: none"> * Articular los servicios y el sistema de información de las IPS de imagenología y demás que participan en la etapa de estadificación. * Activación de los equipos de navegación para facilitar tanto los servicios que presta la misma IPS Oncológica, como los trámites administrativos que se requieran con la EPS de la usuaria. 	<ul style="list-style-type: none"> * Brindar herramientas de afrontamiento frente al diagnóstico * Activar dispositivos sociales como fundaciones o grupos de pacientes supervivientes
Estudios de extensión	<ul style="list-style-type: none"> * Agendamiento de los estudios de imagenología y otros relacionados con la estadificación. * Entrega de los resultados 						
Definición del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> * Consulta de control con Especialista en Oncología * Estadificación y plan de tratamiento. 						

Tabla 7. Intervenciones de tratamiento y seguimiento

MOMENTOS DE LA VÍA – Generales	MOMENTOS DE LA VÍA – Específicos	ACTORES CLAVE	INTERVENCIONES				
			ACCESIBILIDAD	CONTINUIDAD	INTEGRALIDAD	COORDINACIÓN	ORIENTACIÓN A LA PERSONA Y A LA COMUNIDAD
Manejo con Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración preanestésica * Programación de cirugía * Seguimiento postquirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> * Especialista en Oncología * Especialista en Ginecología Oncológica * Especialista en Oncología radioterápica * Especialista en Cuidados Paliativos * Químico farmacéutico * Profesional de enfermería * Equipo de navegación * Equipo psico-social * EPS – auditor de alto costo / seguimiento a PGP 	<ul style="list-style-type: none"> * Garantizar la disponibilidad de medicamentos para la quimioterapia. * Garantizar accesibilidad a los equipos de radioterapia y braquiterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluar por condiciones psico-sociales que puedan afectar la continuidad y completitud del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> * Brindar la atención tanto por el equipo psico-social como por la especialidad de Cuidados Paliativos, lo más temprano posible (idealmente desde la primera valoración por el especialista tratante). 	<ul style="list-style-type: none"> * Facilitar los canales de comunicación entre las diferentes IPS de las red contratada por la EPS: IPS que brinda la quimioterapia, IPS que brinda la radioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> * Activar dispositivos sociales como fundaciones o grupos de pacientes supervivientes.
Manejo con Radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración para planificación de radioterapia – TAC simulación * Programación de las sesiones de radioterapia * Seguimiento con especialista radioterápico 						
Manejo con Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> * Programación de las sesiones de quimioterapia, previa validación de disponibilidad de medicamentos * Seguimiento posterior con oncología clínica 						
Controles	<ul style="list-style-type: none"> * Activación del equipo multidisciplinario * Seguimiento posterior al manejo instaurado y revaloración del estado tumoral 						
Apoyo psico-social	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración y seguimiento por psicología y trabajo social 						
Cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> * Valoración y seguimiento por especialista en cuidados paliativos 						

BARRERAS Y FACILITADORES

“Lo más difícil es que no hay claridad sobre el paso a paso. Cada EAPB tiene su proceso, y uno no siempre sabe qué decirle a la paciente.” Enfermera profesional

Toda intervención en salud pública debería anticipar potenciales barreras y facilitadores para garantizar una implementación plena (13). En este sentido, los expertos locales realizaron un ejercicio de identificación de potenciales barreras y facilitadores de la vía, en función de las diferentes fases del proceso de atención. El resultado de esto se expone en la siguiente tabla:

Tabla 8. Barreras y facilitadores

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	BARRERAS	FACILITADORES
FASE 1: ACCIONES POBLACIONALES (PROMOCIÓN) y PREVENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> * Mitos y creencias limitantes relacionadas con cáncer cuello uterino. * Mitos y creencias limitantes relacionadas con la citología y la prueba de ADN para VPH. * Aspectos culturales y religiosos sobre el cáncer de cuello uterino y las estrategias de prevención. * Persistencia de un contexto predominantemente machista en cuanto a la salud de la mujer, y particularmente, frente a la transmisión del VPH. 	<ul style="list-style-type: none"> * Amplia cobertura de las IPS Primarias en el territorio. * Incursión de los equipos básicos de salud, y otras acciones extra-murales, como las campañas de salud y la disponibilidad de Unidades móviles.
FASE 2: TAMIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * Pobre calidad del dato de contactabilidad de las bases de datos que se generan desde las EPS. * Desconocimiento del procedimiento del proceso de tamización para cáncer cuello uterino. * Inasistencia a las citas para realización de la prueba de tamización. * Persistencia de mitos y creencias limitantes sobre el VPH. * Persistencia de ciertos tabúes y preocupación del pudor en cuanto a la privacidad de la realización de la prueba en Unidades Móviles. * En ciertas IPS, baja oferta para la realización de la prueba de ADN VPH. * Falta de contrato, o inclusión en la cápita, de la prueba de ADN VPH (esto obliga a direccionar a la usuaria a otra IPS primaria). * Falta de articulación entre los actores del sistema de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> * Talento humano en salud capacitado. * Existencia de un marco normativo (Res. 3280 de 2018). * Algunas EPS han creado mecanismos de contratación para garantizar el rápido acceso a la prueba de ADN VPH. * Disponibilidad de la citología líquida, que permite hacer la tamización con Test ADN VPH y la citología de Triaje a partir de un único contacto por parte de la mujer. * Nuevos lineamientos por parte del Ministerio de Salud para la utilización de la auto-toma para ADN VPH.

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	BARRERAS	FACILITADORES
FASE 3: DIAGNÓSTICO – COMPONENTE PRIMARIO	<ul style="list-style-type: none"> * Demoras en la autorización de la colposcopia / biopsia por parte de las EPS. * Subestimación del riesgo y no ordenamiento de la colposcopia en mujer sintomática con ADN VPH negativo ("VPH negativo no descarta cáncer antes síntomas sugerentes del mismo") * Oportunidad lejana para la realización de la colposcopia. * Fragmentación de esta fase de atención: la tamización, la colposcopia y la histopatología se realizan en IPS diferentes. * Deshumanización de los servicios de salud – minimización de los temores o síntomas de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> * Mejoramiento en los canales de comunicación entre las IPS patología y la EPS, para identificar tempranamente casos incidentes. * Contratos que involucren todo el proceso diagnóstico con una misma IPS.
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN – COMPONENTE COMPLEMENTARIO	<ul style="list-style-type: none"> * Necesidad de algunas IPS de requerir autorizaciones por parte de las EPS. 	<ul style="list-style-type: none"> * Emisión de la Circular Externa 019 de 2025 del Ministerio de Salud "eliminación de la autorización de servicios" relacionados con la atención del cáncer en adultos. * Marco normativo relacionado con el garantizar una atención integral y oportuna a los pacientes con cáncer.
FASE 5: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> * Fragmentación de los servicios, por ejemplo, quimioterapia y radioterapia prestadas en IPS diferentes. * Retraso en las autorizaciones. * Oportunidad lejana con las especialidades en oncología. * Limitaciones para la adherencia al tratamiento por motivo de barreras económicas para el transporte y/o alojamiento. * Escasez de hogares de paso. 	<ul style="list-style-type: none"> * Implementación y fortalecimiento de los equipos de navegación * Modalidades de pago prospectivo (por ejemplo, PGP) que omiten el paso de autorización.

PUNTOS CRÍTICOS

A partir de las fases de atención y los momentos que las constituyen, se identificaron una serie de intervenciones que resultan críticas para la vía clínico-administrativa en cáncer de cuello uterino. Estos puntos críticos generan retrasos en la atención y reprocesos (que incrementan los tiempos de oportunidad para la realización de intervenciones posteriores), lo que genera potenciales riesgos en cuanto a: obtención de mejores resultados en salud, uso eficiente de los recursos, y experiencia satisfactoria por parte de las pacientes y sus familias.

Los puntos críticos se describen a continuación:

Tabla 9. Puntos críticos de la vía

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	PUNTOS CRÍTICOS (Momentos que si no se garantizan entretrecen el proceso o generan reprocesos)
FASE 1: ACCIONES POBLACIONALES (PROMOCIÓN) Y PREVENCIÓN PRIMARIA	Acceso a los servicios de salud en IPS primaria, y muy especialmente en zonas rurales.
	Conocimiento y posturas relacionadas con la vacunación contra el VPH, por parte de profesionales de la salud y pacientes.
	Empoderamiento para que el MD General solicite citología o prueba de ADN VPH según hallazgos y cursos de vida.
FASE 2: TAMIZACIÓN	Divulgación de los algoritmos de manejo según los resultados de las pruebas de tamización.
	Oportunidad en la entrega de los resultados de las pruebas de tamización.
	Articulación con el programa de tamización y con las IPS de diagnóstico y tratamiento.
FASE 3: DIAGNÓSTICO – COMPONENTE PRIMARIO	Acceso a los servicios de colposcopia y biopsias con adecuada disponibilidad local de los servicios y oportunidad en las citas.
	Calidad en los servicios de colposcopia.
	Garantía de control de calidad en las lecturas de patología y sus informes.
	Garantizar estrategias de búsqueda activa de los casos positivos y seguimiento por parte de los diferentes prestadores.
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN – COMPONENTE COMPLEMENTARIO	Comunicación del diagnóstico de manera asertiva, empática y humanizada reconociendo la visión de las personas en torno al cáncer.
FASE 5: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Adherencia de usuarias a las pruebas de extensión o complementarias para el diagnóstico y estadificación.
	Compromiso y articulación con el prestador complementario que realizará el tratamiento, garantizando la oportunidad y el seguimiento, evitando la pérdida de las pacientes.

Con base en lo anterior, y tomando en cuenta solo aquellos momentos del proceso de atención, se han propuesto algunos indicadores que pretenden ser un mecanismo para monitorear y evaluar la implementación de la vía clínico-administrativa para cáncer de cuello uterino. Estos indicadores son los siguientes:

Tabla 10. Indicadores para monitoreo y evaluación

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	INDICADOR PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN
FASE 1: ACCIONES POBLACIONALES (PROMOCIÓN) Y PREVENCIÓN PRIMARIA	<p>Incidencia de cáncer de cuello uterino (dentro del periodo de reporte) Meta: línea de base país Fuente: Cuenta de Alto Costo</p>
FASE 2: TAMIZACIÓN	<p>Proporción de niñas y niños de 9 años vacunados contra el VPH Meta: A 2031, aumentar a un 90% la cobertura de vacunación de VPH en niños y niñas de 9 años de edad. Línea base Colombia 2019: cobertura niñas de 9 años 34,1%, cobertura niños sin dato Fuente: Res. 2367 de 2023</p>
	<p>Proporción de mujeres entre 25 y 29 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con citología cervicouterina. Meta: a 2031, tamizar el 70% de mujeres entre 25 y 29 años Línea base de Colombia. 2020: 51.13% Fuente: Res. 2367 de 2023</p>
	<p>Proporción de mujeres de 30 a 65 años tamizadas para cáncer de cuello uterino con pruebas ADN-VPH. Meta: a 2031, tamizar el 70% de mujeres de 30 a 65 años Línea base: en proceso Fuente: Res. 2367 de 2023</p>
FASE 3: DIAGNÓSTICO - COMPONENTE PRIMARIO	<p>Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia Fuente: Res. 256 de 2016</p>
	<p>Oportunidad para el diagnóstico [tiempo entre la fecha de la prueba de tamizaje alterada hasta la fecha del reporte de patología (días)]. Meta: Menos de 30 días Fuente: Cuenta de Alto Costo</p>
	<p>Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix Fuente: Res. 256 de 2016</p>
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN - COMPONENTE COMPLEMENTARIO	<p>Acceso efectivo a IPS Oncológica - proporción de mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino que tuvieron valoración por primera vez por MD Especialista frente al total de mujeres remitidas desde la IPS Primaria. Meta: 100% Fuente: EPS</p>
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN - COMPONENTE COMPLEMENTARIO	<p>Oportunidad de la atención en cáncer [tiempo entre el diagnóstico hasta el primer tratamiento (días)]. Meta: Menos de 30 días Fuente: Cuenta de Alto Costo</p>
	<p>Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA hasta IB2 (estadio IA-IB2) que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía). Meta: 100% Fuente: Cuenta de Alto Costo</p>

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	INDICADOR PARA MONITOREO Y EVALUACIÓN
	Mortalidad general en mujeres con cáncer de cuello uterino Meta: menor a 5,5 x 100.000 mujeres Fuente: Cuenta de Alto Costo

VARIABILIDAD

“El problema son los kits. Casi no hay. Para no perder la oportunidad se le toma a la paciente citología” Médico general.

“Los laboratorios devuelven las muestras por argumentos que técnicamente no tienen sentido. Eso implica repetir una prueba y eso es complicado”. Ginecólogo

De manera complementaria a los puntos críticos de la vía (como aspectos que “enlentecen” el transitar del paciente), también se discutió acerca de otros aspectos en el proceso de atención en donde el paciente pierde su continuidad (siguiendo la analogía, puntos de “desviación” de la vía). Estas potenciales pérdidas en la continuidad de la atención son fundamentales a tener en cuenta en la implementación de la vía, pues esta ha sido concebida más desde el ámbito ambulatorio. Por tanto, identificar momentos en donde el paciente “se pierde del radar” permitirá anticiparlos, corregirlos, y garantizar la continuidad de la atención, aspecto esencial para lograr la recuperación del paciente, o al menos, evitar el deterioro del nivel de calidad de vida.

A continuación, se enumeran los escenarios que pueden generar “desvíos” en la atención y posiblemente, discontinuidad y desarticulación del proceso de atención:

Tabla 11. Escenarios de variabilidad en la vía

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	ESCENARIOS DE VARIABILIDAD
FASE 1: ACCIONES POBLACIONALES (PROMOCIÓN) Y PREVENCIÓN PRIMARIA	Falta de datos confiables de contactabilidad, lo que limita la estrategia de demanda inducida.
	Persistencia de mitos y creencias limitantes que limitan la percepción del riesgo en mujeres jóvenes, específicamente, persistencia de conductas sexuales de riesgo.
	Baja cobertura de vacunación contra VPH.
FASE 2: TAMIZACIÓN	Inasistencia a la realización de la prueba de tamizaje.
	Falta de seguimiento al resultado de la prueba de tamizaje.
	Inasistencia a la citología de Triaje.
	Falta de seguimiento al resultado de la citología de Triaje.

FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN	ESCENARIOS DE VARIABILIDAD
FASE 3: DIAGNÓSTICO - COMPONENTE PRIMARIO	Inasistencia a la realización de la colposcopia.
	Retrasos en la lectura e interpretación de la patología.
	Paciente subdiagnosticada por desconocimiento en la generación de sospecha de cáncer en mujer sintomática.
FASE 4: DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN - COMPONENTE COMPLEMENTARIO	Acceso a la IPS Oncológicas - valoración por primera vez por MD Especialista (oncología clínica o gineco-oncología).
	Atención fragmentada de la atención para la realización de estudio
FASE 5: TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO	Cambio en la red de prestadores por parte de la EPS.
	Inasistencia a las sesiones de radioterapia o quimioterapia.
	Paciente que se hospitaliza, sea por comorbilidad descompensada o deterioro del estado mental.

PROPUESTA DE VÍA DIFERENCIAL

"Yo ni sabía que había salido algo malo. Me enteré porque vine a otra cita y me dijeron que no había ido a la colposcopia. Pero nadie me llamó." (Usuaría, 51 años)

Uno de los objetivos propuestos en el presente proyecto fue explorar la posibilidad de proponer una vía diferencial, de tal manera que un grupo poblacional en particular pueda tener "atajos" en el proceso de atención. De esta manera, se podrían priorizar el acceso y el inicio del manejo.

Con base en una adaptación de los niveles de análisis de determinantes sociales de Blas y Kurup (10), se menciona a continuación los elementos diferenciales a tener en cuenta para la identificación de una población de alto riesgo que requiere priorizar el acceso a la endoscopia y, subsecuentemente, al inicio oportuno del tratamiento. Estos elementos pueden interpretarse como una suerte de listado de factores de riesgo, cuya presencia en un grupo de personas incrementa la posibilidad de desarrollo de la enfermedad, detección en estadios avanzados, o mayor gravedad de la misma y peor pronóstico de la enfermedad.

El desarrollo de una vía clínico-administrativa para el manejo del cáncer de cuello uterino se fundamenta en los principios de las "rutas críticas" (critical paths), una metodología originada en los campos de la ingeniería y la construcción que ha demostrado ser un enfoque valioso para gestionar proyectos complejos. En el ámbito de la salud, una ruta crítica se define como "la secuencia y la temporalidad óptimas de las intervenciones de médicos, enfermeras y otro personal para un diagnóstico o procedimiento particular, diseñada para minimizar los retrasos y la utilización de recursos y para maximizar la calidad de la atención". Su desarrollo se basa en el esfuerzo colaborativo de todo el equipo de salud. La implementación de esta vía busca obtener beneficios documentados, tales como la reducción de la variabilidad en la atención prestada, la facilitación de los resultados esperados, la disminución de demoras y la mejora de la costo-efectividad.

Para las pacientes con un riesgo elevado, la implementación de un "circuito rápido diferencial" representa una aplicación especializada de este mismo concepto. Este circuito se concibe como una ruta crítica que clarifica "el panorama general" (the big picture) y proporciona un plan general integrado para que todos los profesionales lo utilicen (14). Su propósito es asegurar una comunicación regular entre los cuidadores y promover la detección e intervención tempranas ante cualquier desviación. Al estandarizar el proceso, se busca anticipar y gestionar activamente las "varianzas" —desviaciones de la ruta— que puedan ser causadas por el sistema, como la pérdida de una consulta o la avería de un equipo. Además, esta herramienta sirve para orientar y educar a la paciente y su familia, permitiéndoles saber desde el principio cómo se espera que progrese el tratamiento, lo que puede ayudar a aliviar la ansiedad y motivar su participación activa en el proceso de cuidado.

La construcción de este circuito rápido se hizo con la colaboración de un grupo de expertos asociados al proyecto, compuesto por la Dra. Claudia Carreño (ginecóloga colposcopista), el Dr. Javier Burbano (ginecólogo oncólogo), el Dr. Miguel Zamir Torres (Médico y magíster en Salud Pública) y el Dr. Javier Rodríguez (médico y PhD en Salud Pública). La construcción de este ejercicio se inició con la recolección de entrevistas a los profesionales de la salud e identificación de puntos críticos que merecían la intervención o "dolían" a los actores del sistema.

Posteriormente, se realizó un evento a nivel de ciudad donde participaron distintas IPS y

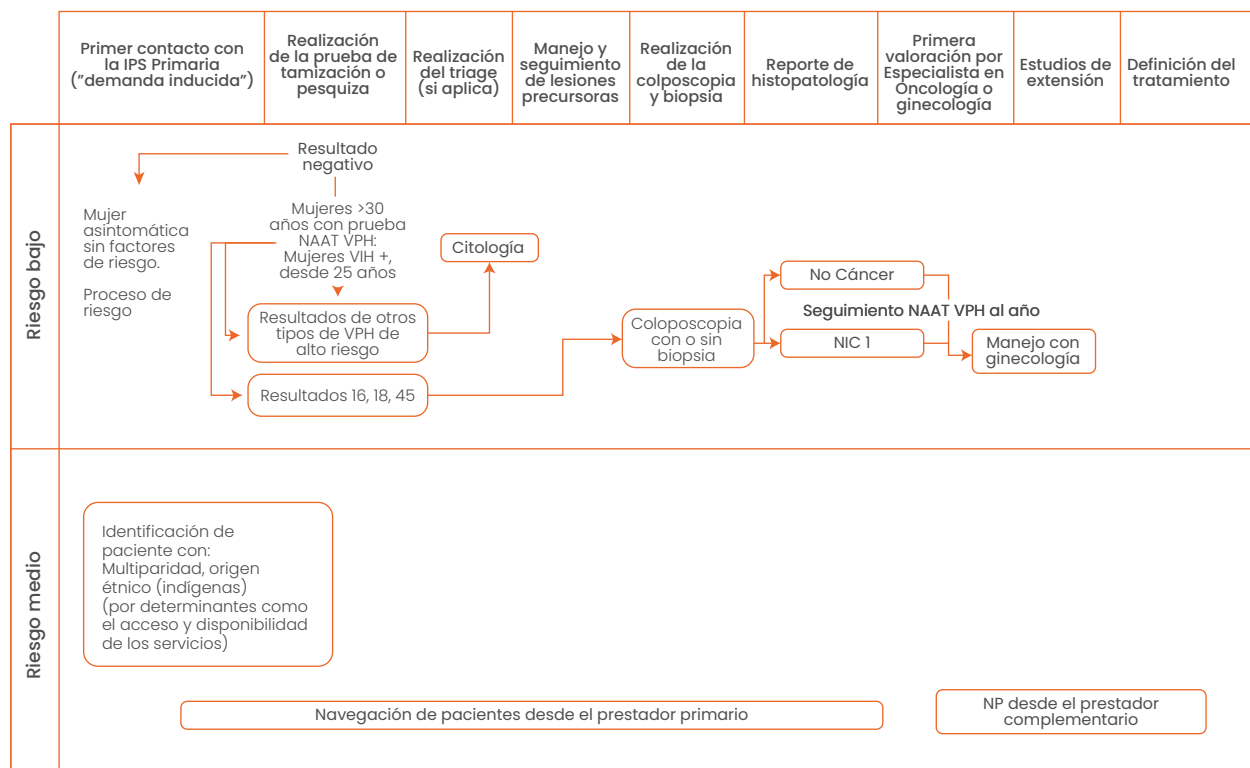
aseguradoras de la región, además de las Secretarías de Salud del Valle del Cauca y Cali. En este taller se trabajó en grupos multidisciplinarios y se elaboraron propuestas de manejo a casos basados en riesgo bajo, medio y alto. Esos productos, realizados inicialmente en papel, se sistematizaron y analizaron con el grupo de expertos. El contraste de los hallazgos se hizo con perspectiva a la Resolución 3280 del 2018 y la Guía de Práctica Clínica informada en la evidencia para la tamización, detección y tratamiento de lesiones preneoplásicas del cuello uterino, generada por el Instituto Nacional de Cancerología en 2025.

El circuito rápido se dividió en dos segmentos: uno para los riesgos bajo y medio, y el segundo para los riesgos alto, muy alto y extremo. El riesgo bajo (Ver Gráfico 1) se caracteriza por iniciar con el tamizaje a mujeres mayores de 30 años usando NAAT VPH o desde los 25 años para mujeres con diagnóstico VIH positivo. Si los resultados son de otro tipo que 16, 18 o 45, se complementa con citología. Si los resultados son 16, 18 o 46 se hace una colposcopia con o sin biopsia. Acorde al resultado se le dará manejo con ginecología o se continúa el seguimiento con NAAT VPH.

Uno de los elementos a resaltar de este modelo, es la capacidad que tiene para reconfigurar el riesgo acorde a cada caso. Ejemplo de ello son las mujeres que iniciaron con un "riesgo bajo", pero que tras la colposcopia sus resultados requieren ser reclasificadas como "riesgo medio" y sus resultados

serían NIC 2 en adelante, y deben ir a conización o ir con el ginecólogo oncólogo ante un eventual diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Otro caso donde el riesgo es medio está asociado a factores como la multiparidad, o el origen social: un ejemplo claro de esto son las mujeres de comunidades indígenas que experimentan dificultades para el uso de servicios de salud, bajos niveles de ingresos y otras características individuales, económicas o sociales. Para las pacientes identificadas como riesgo medio se recomienda la implementación de estrategias de navegación de pacientes para garantizar que esta población con barreras de acceso pueda hacer uso de los servicios de salud y se adhiera a las etapas que componen el itinerario de confirmación diagnóstica; siendo esta primera etapa navegada por prestadores primarios y en caso de ser diagnosticada la paciente, navegada desde el prestador complementario.

GRÁFICO 1. CIRCUITO RÁPIDO PARA MUJERES CON RIESGO BAJO Y MEDIO. ELABORACIÓN PROPIA, PROPACÍFICO, 2025.



Respecto a los riesgos más altos (Ver Gráfico 2), estos se dividen en alto, muy alto y extremo dependiendo de la sintomatología o las características de la paciente.

GRÁFICO 2. CIRCUITO RÁPIDO PARA MUJERES CON RIESGO ALTO, MUY ALTO Y EXTREMO.
ELABORACIÓN PROPIA, PROPACÍFICO, 2025.

En “riesgo alto” se clasificarán las mujeres que llegan al servicio con una lesión preneoplásica de alto riesgo, que deberá remitirse a cita con el ginecólogo colposcopista en la baja complejidad, donde además el equipo de demanda inducida deberá caracterizar a esa paciente.

En el intervalo de riesgo “muy alto” estarán las mujeres previamente mencionadas que requieran una conización LLETZ o las mujeres en general que sean mayores a 30 años y que nunca se hayan tamizado con NAAT VPH.

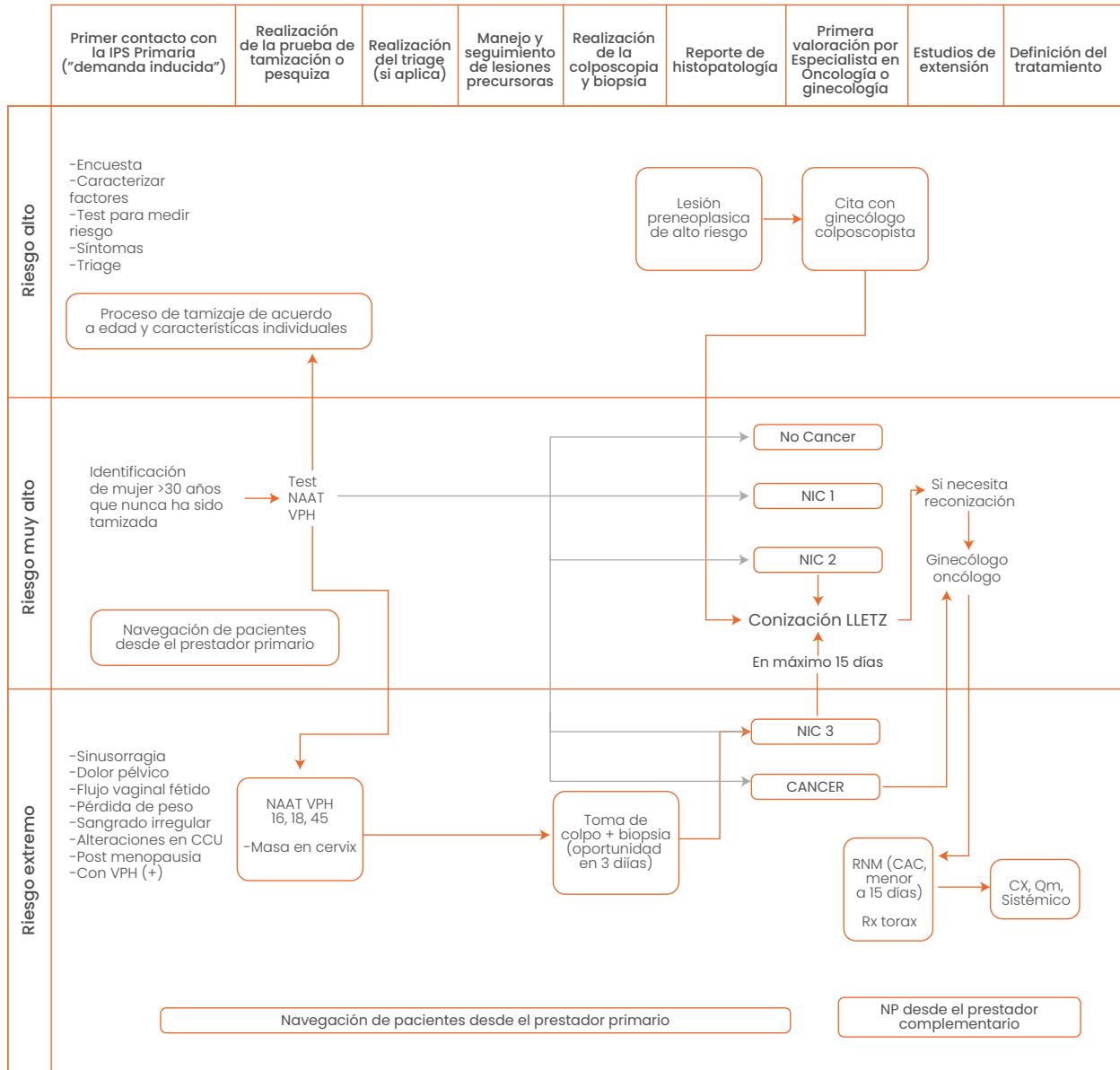
Las mujeres con resultados NIC 1 y 2 se continuarán manejando en este nivel de riesgo, no tanto así las pacientes con resultados NIC 3 o cáncer, que deberá ir a “riesgo extremo”. Este último nivel de riesgo es además el contenedor de los casos de mujeres que tienen resultados positivos para los tipos de VPH 16, 18 o 45 o que tienen una masa en el cérvix.

En dichos casos se recomienda una colposcopia en máximo 3 días y de acuerdo con los resultados se le dará manejo, implicando cita con el ginecólogo oncólogo y eventualmente accediendo a exámenes de extensión previos al itinerario de tratamiento.

En los niveles de riesgo alto la estrategia de navegación de pacientes es fundamental, para facilitar el uso de los servicios de salud y adherencia al proceso de diagnóstico/tratamiento por parte de las pacientes.

Adicionalmente la navegación de paciente contribuye con beneficios asociados a la disminución de la incertidumbre y promoción del bienestar de las usuarias (para ampliar información sobre Pautas y recomendaciones en Navegación de pacientes oncológicos, recomendamos visitar la página:

Publicaciones y estudios – ProPacífico.)



CONCLUSIONES

Con base en el ejercicio de elaboración de la vía clínico-administrativa para cáncer de cuello uterino, se realizan las siguientes conclusiones:

- La vía clínico-administrativa es un instrumento que facilita la articulación y coordinación de diferentes procesos administrativos y de gestión clínica, que, alineados de manera efectiva, pueden mejorar los resultados en salud y experiencia del paciente y su familia. A través de la matriz de intervenciones, se pueden optimizar las capacitaciones de los profesionales nuevos que ingresan al servicio, como un aspecto complementario a la inducción corporativa, con el fin de visualizar su rol y alcance en el marco de la atención de las personas con sospecha o diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
- La vía clínico-administrativa es altamente dependiente de la gestión administrativa de la EPS, ya sea por las autorizaciones en la fase de diagnóstico, o por la disposición de su red de prestadores en la fase de tratamiento. Por tanto, es fundamental la optimización y monitoreo de los canales de comunicación para que sean efectivos, oportunos y ágiles, ya que además repercuten en varios indicadores y contemplan varios hitos de la vía. Todo esfuerzo encaminado en este punto facilitará la implementación de la vía clínico-administrativa.
- La vía clínico-administrativa identifica puntos críticos que, ante su potencial de afectar el desempeño global de la misma, se deben anticipar y gestionar durante el seguimiento y evaluación de la vía.
- La variabilidad de la vía clínica, en cierta forma, muestra el alcance de la misma, ya que son puntos de potenciales de “fugas” o “pérdida del radar”. En este sentido, la presencia de barreras y facilitadores en todo el proceso de atención requieren, idealmente, de acciones intersectoriales y socio-sanitarias, por lo que una articulación con las Entidades Territoriales y otros dispositivos sociales pueden ser de gran ayuda para solventar estas situaciones de alta variabilidad en el desempeño de la vía clínica.

REFERENCIAS

1. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Revista de Calidad Asistencial*. 2001;16(3):199-207.
2. Romero Simó M, Soria Aledo V, Ruiz López P, Rodríguez Cuéllar E, Aguayo Albasini JL. Guidelines and clinical pathways. Is there really a difference? *Cirugía Española (English Edition)*. 2010;88(2):81-4.
3. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Portcous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998;316:133-7.
4. Faarc DJP. Translating Evidence Into Practice. *RESPIRATORY CARE*. 2009;54(10).
5. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, Falcón-Hernández A, Fábregas-Lozanoc F, Valladares-Carvajal FDJ. Vía clínica en el infarto agudo de miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005;20(3):140-51.
6. Bianco L, Raffa S, Fornelli P, Mancini R, Gabriele A, Medici F, et al. From Survey Results to a Decision-Making Matrix for Strategic Planning in Healthcare: The Case of Clinical Pathways. *IJERPH*. 2022;19(13):7806.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
8. Sloan JA, Scott-Findlay S, Nemecek A, Blood P, Trylinski C, Whittaker H, et al. Mapping the journey of cancer patients through the health care system. Part 1: Developing the research question. *CONJ*. 2004;14(3):183-6.
9. Ciria-Suarez L, Jiménez-Fonseca P, Palacín-Lois M, Antoñanzas-Basa M, Fernández-Montes A, Manzano-Fernández A, et al. Breast cancer patient experiences through a journey map: A qualitative study. Bowles EJA, editor. *PLoS ONE*. 22 de septiembre de 2021;16(9):e0257680.
10. Blas E, Kurup A. Introduction and methods of work. En: *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization. Switzerland; 2010.
11. Haggerty J, Burge F, Lévesque JF, Gass D, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: Consensus Among Canadian Experts. *Annals of Family Medicine*. 2007;5(4):336-44.
12. Starfield B. *Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press; 1998. 1-438 p.
13. Leonard E, De Kock I, Bam W. Barriers and facilitators to implementing evidence-based health innovations in low- and middle-income countries: A systematic literature review. *Evaluation and Program Planning*. 2020;82:101832.
14. Coffey RJ, Richards JS, Remmert CS, LeRoy SS, Schoville RR, Baldwin PJ. An Introduction to Critical Paths. *Q Manage Health Care [Internet]*. 2005 [consultado el 2 de octubre de 2025];14(1):46-55.

**VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA
EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO**



@propacificoorg
www.propacifico.org

CALI - COLOMBIA
