



**IDENTIFIQUE,
SOSPECHE
Y REMITA**

VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE PULMÓN



Apoya: AstraZeneca 

CALI - COLOMBIA

EQUIPO DIRECTIVO

María Isabel Ulloa

Directora Ejecutiva
ProPacífico

Daniel Humberto Echeverri

Director Proyecto de Salud
ProPacífico

EQUIPO TÉCNICO

Carmen Rosario Palta

Gestora de proyectos en
enfermedades crónicas
ProPacífico

Claudia Abreu

Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

Andrés H. Pérez Bustos

Consultor Proyecto Cáncer
ProPacífico

Elisa María Pinzón

Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

Daniela Cerón

Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

Leidy Torres

Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

Maritza Agudelo

Consultora Proyecto Cáncer
ProPacífico

Francisco Escobar Aguilón,

MD, MSP Consultor – ProPacífico

EXPERTOS TEMÁTICOS

John Sandoval Rosero

Médico, Cirujano de tórax, Especialista en gerencia de servicios de salud y Mg en salud publica

Álvaro Enrique Osorio Franco

Médico, Internista, Hematólogo y Oncólogo clínico

ASESORES METODOLÓGICO

Francisco Escobar Aguilón,

MD, MSP. Consultor – ProPacífico

Steven González

Sociólogo. Consultor ProPacífico

VIA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE PULMÓN

AGRADECIMIENTOS

El presente documento hace parte de una iniciativa regional coordinada por el Proyecto de Salud de Fundación ProPacífico, con el apoyo de AstraZeneca.

Manifestamos un reconocimiento a las siguientes instituciones por haber contribuido con la identificación de barreras, facilitadores y oportunidades en la ruta de atención de Cáncer de Pulmón, valiosos aportes que permitieron la elaboración de este informe analítico.

- **Asmet salud EPS**
- **Comfenalco Valle EPS**
- **Emssanar EPS**
- **Mallamas EPS**
- **Sanitas EPS**
- **Sura EPS**
- **Salud total EPS**
- **S.O.S EPS**
- **Ayudas diagnosticas Sura**
- **Clinica Nuestra**
- **Clinica Imbanaco – Quironsalud**
- **Fundación Valle de Lili**
- **Hospital Universitario de Valle**
- **Inoos IPS**
- **Unicancer IPS**
- **Red de Salud ESE Oriente**
- **Red de Salud ESE Ladera**
- **Secretaría de Salud Departamental de Valle**
- **Secretaría de salud distrital de Cali**
- **Universidad Libre**

RECONOCIMIENTO ESPECIAL

- **Luz Miriam Cardozo Enfermera**
Referente del Programa de cáncer de la Secretaría de Salud del Valle del Cauca
- **Cielo del Pilar Sopo Médica**
Coordinadora del Programa de cáncer de la Secretaría de Salud de Cali
- **Francia Elena Cuesta Enfermera**
Referente del Programa de cáncer de la Secretaría de Salud de Cali
- **John Sandoval Rosero**
Médico, Cirujano de tórax
- **Álvaro Enrique Osorio Franco**
Médico, Oncólogo clínico

TABLA DE CONTENIDO

SIGLAS	8
INTRODUCCIÓN	9
1. ALCANCE	11
2. OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo general	11
2.2 Objetivos específicos	11
3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN	12
4. METODOLOGÍA	13
4.1 Vinculación y alistamiento	14
4.2 Identificación de oportunidades	15
4.3 Focalización y gestión	18
4.4 Diagnóstico del rendimiento del proceso actual de atención	18
4.4.1 Barreras y facilitadores en las fases del proceso de atención	19
4.4.2 Experiencias en el proceso de atención de pacientes con cáncer de pulmón	21
4.4.2.1 Caso 1	21
4.4.2.2 Caso 2	25
5. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE PULMÓN	30
5.1 Secuencia temporal de la ruta	30
5.2 Listado de actores o perfiles de la Ruta	31
5.3 Matriz de intervenciones de la Ruta	34
6. PUNTOS CRÍTICOS (HITOS DE LA RUTA)	44
6.1 Identificación de los factores de riesgo	44
6.2 Tamización	44
6.3 Realización de la biopsia	45
6.4 Valoración por Neurología o Cirugía de tórax	45
6.5 Aplicación de inmunoterapia	45
6.6 Fragmentación de la atención	47
6.7 Cambio en la red de prestadores	47
6.8 Autorizaciones	47
6.9 Casos incidentales :	47
7. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA IDENTIFIQUE, SOSPECHE, REMITA	47
7.1 Paso 1. Identifique:	47
7.2 Paso 2. Sospeche:	48
7.3 Paso 3. Remita:	49

TABLA DE CONTENIDO

8. VARIABILIDAD	50
Manejo de comorbilidades respiratorias y cardiovasculares previas a procedimientos diagnósticos o quirúrgicos	51
Factores de autocuidado, percepción de riesgo y adherencia del paciente.....	51
Necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del nivel primario	51
Necesidad de contra remitir desde la IPS oncológica hacia el nivel primario	51
Garantía del acceso y oportunidad en la atención:	52
9. IMPLEMENTACIÓN	52
9.1 Identificación de recursos estratégicos	52
9.2 Recursos financieros	52
9.3 Recursos logístico	53
9.3.1 Baja complejidad:	53
9.3.2 Alta complejidad:	53
9.4 Talento humano	53
9.5 Sistemas de información integrados	54
9.5.1 Baja complejidad:	54
9.5.2 Alta complejidad:	54
9.6 Protocolización y estandarización	54
9.7 Sinergia y comunicación	55
10. MONITOREO Y SEGUIMIENTO	55
FLUJOGRAMA	57
CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS	59

SIGLAS

Ca	Cáncer
EAPB	Entidad Administradora del Plan de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MD	Médico, Médica
PGP	Pago Global Prospectivo
PyMS	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas, como concepto, tienen su origen 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 representan un método 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. Así, 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.

INTRODUCCIÓN

Las vías clínicas tienen por objetivos (2):

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

Estos objetivos se logran a través del diseño, consensuado y validado, de una matriz de intervenciones (o matriz de tareas – tiempo), en la que están consignados (3,4,6):

- 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 son intervenciones críticas que requiere mecanismos de monitoreo y evaluación, ya que se reconoce que cualquier fallo en su ejecución puede afectar negativamente el desempeño global de toda la vía clínica (1).

Así mismo, las vías clínicas involucran puntos de variabilidad. Usualmente descritas en tablas de variabilidad (5,6), que corresponden a ciertos 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 se deben identificar para así ajustar la vía clínica, a través de un proceso de mejoramiento continuo y revalidación con los expertos en la materia.

Con base en lo presentado anteriormente, se ha tomado esta aproximación teórico-conceptual de vías clínicas para la elaboración de la presente Ruta Clínico-Administrativa de Cáncer de Pulmón.

1. ALCANCE

Este documento desarrolla de manera estructurada los componentes clínicos y administrativos que conforman la ruta de atención para poblaciones en riesgo o con diagnóstico de cáncer de pulmón, describiendo los pasos que debe transitar una persona para garantizar la oportunidad y continuidad del servicio. Asimismo, se detallan los responsables en cada nivel de atención y las capacidades que deben fortalecerse para cumplir adecuadamente con las funciones asignadas dentro del proceso.

De igual forma, se identifican los hitos y puntos críticos que inciden en la eficiencia y calidad de la ruta. A partir de estos hallazgos, se formulan recomendaciones orientadas a implementar intervenciones que permitan superar las barreras identificadas. La aplicación de estas recomendaciones está dirigida a los actores del sistema de salud, con el fin de facilitar su adopción según la disponibilidad de servicios, las particularidades territoriales y el modelo de gestión de las entidades aseguradoras.

2. OBJETIVOS

2.1 Obejtivos generales

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

2.2 Obejtivos específicos

- Identificar la secuencia temporal de las intervenciones relacionadas con el manejo del cáncer de pulmón.
- Elaborar de la matriz de intervenciones para sospecha y diagnóstico de cáncer de pulmón, a partir del consenso y validación de los expertos locales.
- Identificación de los puntos críticos o hitos, y de escenarios de variabilidad de la ruta clínico-administrativa.

3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón continúa siendo el más frecuente y de mayor mortalidad en el mundo, así lo ratifican las cifras de Globocan, indicando una incidencia de 2,48 millones de casos nuevos, y 1,82 millones de defunciones por esta patología. La tasa de letalidad que se estima es de 7 muertes por cada 10 casos en el mundo. Asia, es el continente con las tasas de mortalidad, incidencia y prevalencia más altas del mundo, seguidas por Europa y Latinoamérica. La correlación entre la alta incidencia y mortalidad indica que pocos países logran modificar la supervivencia, reforzando la necesidad de diagnóstico temprano.

Para Colombia, Globocan reporta un total de 7196 nuevos casos ubicando este tipo de cáncer como el quinto más frecuente en el país, sin embargo, en lo relacionado con la tasa de mortalidad, el cáncer de pulmón se ubica como el segundo más frecuente, con 6124 defunciones.

En Informe especial los resultados de supervivencia global en las personas atendidas en el marco del sistema de salud colombiano y notificadas a la Cuenta de Alto Costo, 2014–2022", publicado por la Cuenta de Alto Costo, contempló un total de 9893 pacientes con cáncer de pulmón, de los cuales el 54% eran de sexo masculino, el 62% se encontraban afiliados al régimen contributivo, y el 43% se residen en la región central del territorio nacional. En la clasificación de los casos según estadios, se encontró que el 51,98 % se encontraban en estadio IV; la supervivencia para esta patología en el país se calcula en 17%.

Las cifras de incidencia para Cali, según el Registro Poblacional de Cáncer de Cali

(RPCC), en el último reporte publicado correspondiente al periodo 2013–2017, indican que el cáncer de pulmón en hombres es la segunda neoplasia más incidente después del cáncer de próstata, con 768 casos identificados en el periodo analizado. Esto permite estimar una tasa de incidencia ajustada de 13,1 por 100.000 hombres.

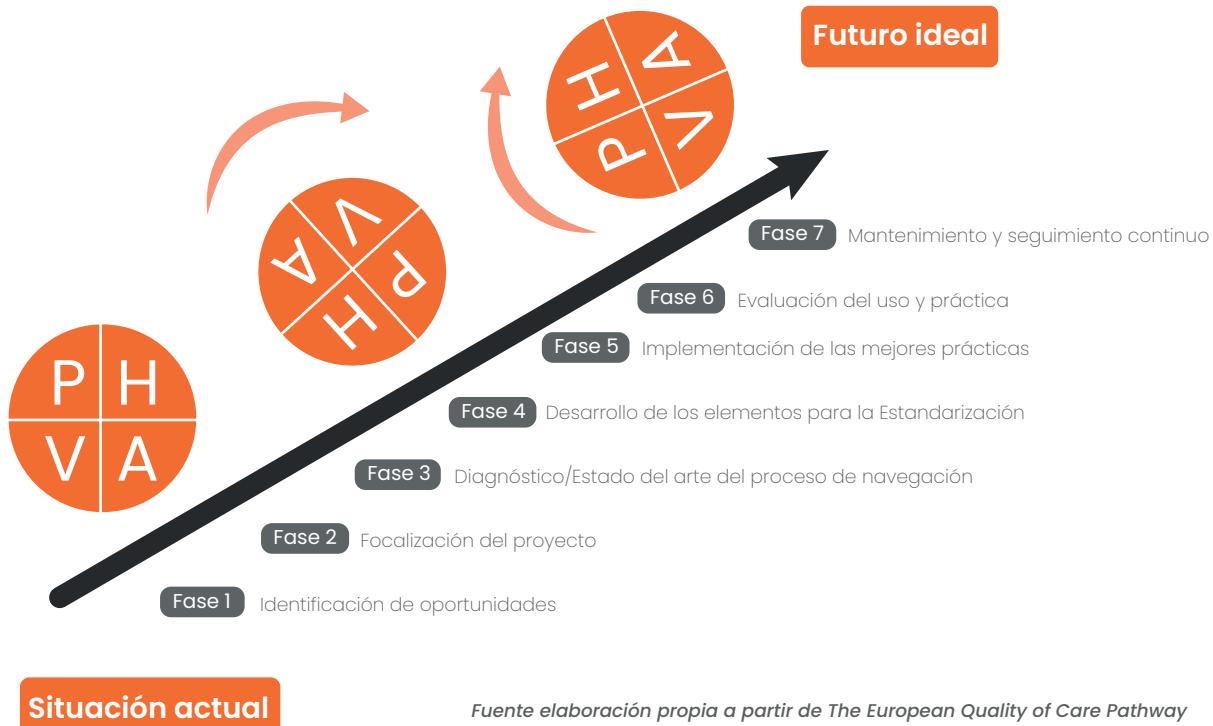
En mujeres, la incidencia para el mismo periodo fue de 599 casos, ubicando al cáncer de pulmón como la quinta patología oncológica más frecuente, después del cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de colon y, en cuarto lugar, el cáncer de estómago; estimando una tasa de incidencia ajustada de 6,9 x 100000 mujeres. Frente a la tasa de mortalidad, el registro poblacional de cáncer de Cali contempla en su último reporte las defunciones desde 2016 a 2020; en este periodo para la población masculina, el cáncer de pulmón se establece como la tercera patología oncológica con más reportes de defunciones con 839 muertes notificadas, con una tasa de mortalidad ajustada de 14,4 x 100000 hombres; para el caso de la población femenina, esta patología es la cuarta más frecuentes dentro de las mortalidades por causa oncológica con 654 defunciones, que estima una tasa de mortalidad ajustada de 6,7 x 100000 mujeres.

El panorama epidemiológico del cáncer de pulmón, tanto a nivel global como nacional y local, evidencia una carga creciente de enfermedad caracterizada por alta incidencia y mortalidad. Para nuestra ciudad, se evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención, identificación basada en riesgo, gestión integrada de la ruta asistencial y mecanismos de coordinación entre aseguradores, IPS y entidades territoriales. Solo mediante una respuesta articulada será posible reducir la mortalidad y mejorar los desenlaces en las personas con cáncer de pulmón.

4. METODOLOGÍA

La elaboración de la presente Vía Clínico-Administrativa para Cáncer de Pulmón se llevó a cabo utilizando la metodología estructurada propuesta por The European Quality of Care Pathways (EQCP). Este enfoque metodológico, ampliamente reconocido a nivel internacional, guía el diseño, validación e implementación de vías clínicas multidisciplinarias orientadas a estandarizar procesos asistenciales, mejorar la coordinación entre actores, optimizar tiempos de atención y garantizar la calidad integral del cuidado.

En este marco, la vía clínico-administrativa fue construida mediante la integración de evidencia científica actualizada, la participación de equipos multidisciplinarios y el análisis detallado de los flujos clínicos y administrativos involucrados en la atención del paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer pulmón. Esta metodología permitió definir claramente las actividades críticas, roles, tiempos estándar, puntos de articulación y mecanismos de seguimiento, asegurando así un modelo operativo consistente, reproducible y alineado con estándares de calidad internacionales.



4.1 Vinculación y alistamiento

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

- Especialista en oncología clínica.
- Especialista en patología.
- 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 organizaron dos talleres presenciales 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 ruta.

Durante el primer taller, celebrado el 19 de septiembre de 2025, se realizó un ejercicio participativo basado en el método de Café del Mundo (7), en el cual se destaca las siguientes actividades:

- **Se organizaron cinco “estaciones” que correspondían a las fases del proceso de atención:**
 - Prevención
 - Sospecha diagnóstica desde el componente primario
 - Diagnóstico desde el componente complementario

- Tratamiento
- Seguimiento y cuidados paliativos
- **Se escogió un líder por cada mesa que cumplía las veces de “anfitrión” de la mesa.**
- **Se plantearon las siguientes preguntas de discusión:**
 - ¿Cuáles son los momentos clave del proceso de atención?
 - ¿Quiénes participan en la fase del proceso de atención, y qué se espera que realicen desde su rol o alcance en el sistema de salud?
 - ¿Qué podría salir mal?
 - ¿Cómo se podría monitorear y evaluar esta fase del proceso de atención?
 - ¿Qué estrategias de implementación propondría para garantizar el acceso, continuidad e integralidad de la atención?

- **Previo a cada rotación de las personas, se hacía un breve resumen de las discusiones dadas en la mesa y se registraban notas en un lienzo de papel.**

En el segundo taller, celebrado el 3 de octubre de 2025, se realizó una actividad de mesa redonda para discusión abierta entre todos los participantes, con las siguientes observaciones:

- Se retomó la organización de las mesas por cada fase del proceso de atención ya mencionado.
- Se expuso un flujoograma de la ruta de atención, basado en una revisión de la literatura y previa consulta con los expertos temáticos.

- Se expusieron las intervenciones hito, propuestas para la Ruta y se dirigió la discusión en torno a la identificación de barreras, facilitadores, retos para su implementación, implicaciones en cuanto a recursos, requerimientos de organización y articulación entre los actores del sector, entre otros temas.
- Con base en estos dos talleres participativos, se tomaron los insumos para la construcción de la presente Ruta clínico-administrativa para la atención del cáncer de pulmón.
- De manera alterna, se llevaron a cabo sesiones de trabajo con los expertos temáticos con el propósito de profundizar en aspectos críticos del proceso asistencial. Estas reuniones permitieron obtener insumos especializados a partir de su conocimiento y experiencia, que apoyaron la formulación de recomendaciones técnicas de alto rigor técnico, orientadas a fortalecer la estructura de la vía y optimizar la atención de los pacientes, entendiendo las dinámicas de nuestro territorio.

4.2 Identificación de oportunidades

El análisis de las quejas asociadas a pacientes con cáncer de pulmón evidencia un conjunto de patrones y comportamientos que permiten comprender mejor las fallas percibidas en la ruta de atención, así como los puntos críticos donde se concentran las mayores inconformidades. La caracterización se construyó a partir de la revisión sistemática de los registros de PQRS, en el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2025.

En la distribución de las quejas por régimen de afiliación se evidencia que 54,7 %, (n=29) proceden de personas afiliadas al régimen contributivo, seguidas del régimen subsidiado (37,7 %, n=20) y un grupo menor en el

régimen especial (7,5 %, n=4).

Esto muestra que las inconformidades no se concentran únicamente en población vulnerable, sino que se distribuyen de manera relevante tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

En la revisión de la distribución de los casos que interpusieron quejas en el periodo comprendido entre enero a septiembre de 2025 se identifica que la EPS 012 y EPS 188 concentran el 47,07% de carga de usuarios con cáncer de pulmón que formalizaron quejas durante el periodo analizado.

Los adultos mayores representan el grueso de la población inconforme. Los grupos de menor participación fueron los jóvenes entre 15 y 24 años (1,89% y 3,77 %, respectivamente).

Tabla 1. Caracterización quejas interpuestas al Servicio de atención a la comunidad, Cali septiembre 2025, por pacientes con cáncer de pulmón.

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Régimen de afiliación	Contributivo	29	54,7
	Especial	4	7,5
	Subsidiado	20	37,7
Asegurador	EPS012	16	30,19
	ESS188	9	16,98
	EPS037	6	11,32
	EPS018	5	9,43
	ESS024	4	7,55
	EPS002	4	7,55
	RES001	3	5,66
	ESS062	2	3,77
	EPS017	1	1,89
	EAS001	1	1,89
	EPS005	1	1,89
	EPS012	1	1,89
Ubicación paciente	Ambulatorio	34	64,15
	Hospitalizado	17	32,08
	Urgencias	2	3,77
Grupo de edad	15 a 19	1	1,89
	20 a 24	2	3,77
	35 a 39	1	1,89
	40 a 44	3	5,66
	45 a 49	1	1,89
	50 a 54	4	7,55
	55 a 59	10	18,87
	60 a 64	8	15,09
	65 a 69	4	7,55
	70 a 74	11	20,75
	75 a 79	3	5,66
	Sin dato	5	9,43
	Total	53	100,00

Fuente: SAC Secretaría de Salud de Cali, periodo enero – octubre de 2025.

Tabla 2. Caracterización quejas interpuestas al Servicio de atención a la comunidad, Cali septiembre 2025, por pacientes con cáncer de pulmón según motivo de la queja.

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Motivo de la queja	Acceso	29	54,72
	Administrativas	17	32,08
	Medicamentos	3	5,66
	Prestación de servicios	3	5,66

Fuente: SAC Secretaría de Salud de Cali, periodo enero – octubre de 2025.

El 54,72% de los motivos corresponden explícitamente a problemas de acceso (citas, imágenes, procedimientos, remisiones). La segunda categoría con mayor proporción fueron las administrativas, concentradas en autorizaciones. Por su parte, las quejas exclusivamente relacionadas con medicamentos fueron menos frecuentes.

La mayor proporción de quejas proviene del ámbito ambulatorio, reforzando que las barreras más significativas se ubican en la fase diagnóstica y de programación de servicios, no en urgencias ni hospitalización. En conjunto, los datos revelan una estructura de quejas orientada principalmente hacia problemáticas de acceso y autorizaciones, aspectos críticos en la ruta de atención de cáncer de pulmón y que condicionan directamente la oportunidad diagnóstica.

Por su parte, en los talleres con los expertos, señalaron diversos elementos que actúan como trazadores del proceso asistencial y que, al ser fortalecidos, pueden generar un impacto significativo en el mejoramiento de la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer.

El análisis evidencia demoras asociadas a fallas en el primer nivel de atención, incluyendo la baja priorización del cáncer de pulmón como diagnóstico diferencial, las limitaciones en las competencias clínicas del talento humano y la ausencia de procesos sistemáticos de capacitación en signos de alarma y factores de riesgo. A esto se suman barreras administrativas derivadas de la falta de estandarización entre aseguradores e IPS, la solicitud de autorizaciones para procedimientos exentos en el plan de beneficios, además de la ausencia de modelos contractuales que favorezcan la autogestión por parte de los prestadores. De igual forma, se identifica una red fragmentada, con escaso reconocimiento de la ruta definida por el asegurador, débil comunicación entre actores y sin sistemas de información integrados que permitan garantizar la trazabilidad del paciente.

Adicionalmente, se identifican brechas en los mecanismos de articulación y acompañamiento al paciente, destacándose la inexistencia de un modelo institucionalizado de navegación oncológica, la asignación de funciones no pertinentes al personal de navegación y la insuficiencia de equipos psicosociales que aseguren soporte emocional, comunicación efectiva y adherencia terapéutica. Estas limitaciones se agravan en poblaciones rurales y dispersas, donde la capacidad resolutiva del sistema es menor. Finalmente, se reconoce un trato frío y deshumanizado por parte de algunos profesionales de salud, lo que impacta negativamente la experiencia del paciente y su deshumanizado por parte de algunos profesionales de salud, lo que impacta negativamente

la experiencia del paciente y su tránsito por la ruta diagnóstica. tránsito por la ruta diagnóstica.

4.3 Focalización y gestión

Para lograr la focalización y gestión de donde deberían concentrarse los principales esfuerzos en este proceso de atención, se realizaron dos talleres presenciales con los representantes de diferentes organizaciones tales como aseguradores, prestadores primarios y complementarios y las secretarías de salud, en los cuales, mediante la metodología establecida se buscó llevar a los participantes a la discusión que permitió posteriormente consolidar el producto que día paso para la construcción de la vía clínico-administrativa.

- **Mapeando los momentos del trayecto (Journey) del paciente:** En esta fase del proceso se buscó identificar los momentos clave de la atención, orientando el análisis a partir de preguntas guía como: ¿en qué puntos del recorrido asistencial se establece contacto con el paciente?, ¿qué atenciones se brindan en cada uno de estos momentos? y ¿cuáles de estos puntos constituyen ‘momentos de verdad’ críticos para la experiencia y continuidad del proceso asistencial?”
- **Visibilización de quién hace qué en la vía clínico-administrativa:** Para este apartado se trazó como objetivo identificar las intervenciones que se realizan y los perfiles técnicos que participan, las preguntadas orientadoras que permitieron orientar la discusión a este punto fueron: ¿Quiénes participan en el proceso de atención? ¿que se espera que realicen desde su rol? ¿Que se espera que realicen desde su rol o alcance?
- **Identificación de barreras, facilitadores y necesidades en salud percibidas y de prioridad:** En esta fase del taller se realizó

un ejercicio prospectivo orientado a responder la pregunta ‘¿qué podría salir mal?’, con el propósito de identificar mitos, creencias, barreras y factores que pueden generar desviaciones, interrupciones o pérdida de pacientes a lo largo de la ruta de atención del cáncer de pulmón.

Monitoreo y evaluación: Para finalizar, se

- invita a los asistentes a discutir sobre los elementos que favorezcan la evaluación de la ruta y su eficiencia; en este sentido se indago sobre: ¿Qué indicadores de procesos incluiría para el monitoreo de la ruta? ¿Qué resultados en salud esperaría? ¿Qué experiencias se esperarían para los pacientes?

En el segundo taller, se revisaron los componentes clave de la ruta, incluyendo los procesos de educación sobre signos y síntomas de alarma, tamización mediante tomografía de tórax de baja dosis, valoración por neumología, procedimientos diagnósticos como la biopsia de lesión pulmonar, así como la valoración por cirugía de tórax y oncología, y las indicaciones de inmunoterapia. Adicionalmente, se invitó a los participantes a proponer otros temas relevantes para fortalecer la discusión y el análisis integral de la ruta de atención.

4.4 Diagnóstico del rendimiento del proceso actual de atención

Para realizar el diagnóstico de rendimiento del proceso actual de atención, para pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón, se aplicó una metodología cualitativa y descriptiva que integró tres componentes: grupo focal con profesionales del área oncológica y hallazgos de los talleres sobre lienzos que dio lugar al mapeo de Barreras y facilitadores en las fases del proceso de atención; entrevistas semiestructurada a pacientes con cáncer de pulmón que permitió identificar sus expe-

pulmón que permitió identificar sus experiencias en el proceso de atención; y el análisis documental y estadístico de las PQRS registradas entre enero y septiembre de 2025 ante el Servicio de Atención a la comunidad SAC de la Secretaría de salud de Cali.

4.4.1 Barreras y facilitadores en las fases del proceso de atención

Toda intervención en salud pública debería anticipar potenciales barreras y facilitadores para garantizar una implementación plena (8). En este sentido, los expertos locales realizaron un ejercicio de identificación de potenciales barreras y facilitadores de la ruta, en función de las diferentes fases del proceso de atención.

Las barreras son obstáculos que pueden ser físicos, normativos, de recursos o de proceso, implícitos o explícitos que impiden o bloquean la movilidad, una intención, un propósito o el acceso. Un facilitador es un elemento, herramienta, característica, o personas que ayudan a entender o cumplir los objetivos comunes y contribuyen dentro de un plan para alcanzarlos. El resultado, se expone en las siguientes tablas:

Tabla 3. Barreras y facilitadores identificados en la ruta de atención de cáncer de pulmón.

Fase	Barreras	Facilitadores
Prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Publicidad y falta de regulación de dispositivos electrónicos (vapeadores). • Desconocimiento de los riesgos de los vapeadores, así como persistencia en la infravaloración del riesgo del cigarrillo ("si no fumo igual me da cáncer") 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor interés en iniciativas dirigidas a ampliar los programas de prevención del cáncer. Es uno de los cánceres que se priorizaron en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
Tamización y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • No hay una ruta para tamización de cáncer de pulmón normativa o de obligatorio cumplimiento. Subestimación de síntomas sugerentes de Ca pulmón. • Baja priorización del cáncer de pulmón como diagnóstico diferencial en el primer nivel de atención. • Escasos procesos sistemáticos de capacitación en diagnóstico temprano síntomas de alarma y factores de riesgo. • Desarticulación entre las IPS de imagenología y la IPS primaria • Necesidad y demorar en las autorizaciones para valoración por especialidad, toma de imágenes, o realización de biopsia. • Altos costos de pruebas especiales como inmunohistoquímica o marcadores genéticos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas de algunas EPS en cuanto a la implementación de programas de tamización para Ca pulmón. • En algunas IPS Primarias, el apoyo del especialista en Medicina Familiar sobre el grupo de medicina general. • Activación temprana del equipo de navegación, idealmente, desde el resultado del tamizaje alternado.

Fase	Barreras	Facilitadores
Tamización y diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Fragmentación: IPS diferentes para la tamización, para la imagenología, la valoración por especialista, para la toma de biopsia, y para el laboratorio de patología. • Ausencia de modelos contractuales que permitan mayor autogestión por parte de las IPS y reduzcan las barreras de acceso y fragmentación. • Fragmentación de la red asistencial, desconocimiento entre los prestadores, de la ruta del asegurador y comunicación débil y limitada entre el asegurador y su red prestadora. • Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes. • Falta de un mecanismo operativo de coordinación que asegure continuidad y oportunidad en el tránsito del paciente a lo largo de la ruta diagnóstica. • Ausencia de un modelo institucionalizado de navegación oncológica en las aseguradoras y algunas IPS. • Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes. 	
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación de funciones al equipo de navegación que no corresponden al rol de la navegación oncológica. • Falta de equipos psicosociales integrados y disponibles, generando vacíos en el soporte emocional, la comunicación efectiva y la adhesión terapéutica a lo largo de la ruta de atención. • Baja capacidad del sistema para garantizar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento en poblaciones rurales y dispersas. • Trato frío y deshumanizado por parte del personal de salud a los pacientes con este diagnóstico. Temores sobre las secuelas de la cirugía de pulmón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidades de contratación (como PGP) que evita la necesidad de autorizaciones para la continuidad del tratamiento

Fase	Barreras	Facilitadores
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de un pobre pronóstico para todo caso de Ca pulmón (desconocimiento de nuevos enfoques terapéuticos) Baja oferta de especialistas como neumología, cirugía de tórax (relacionada con escasez de este tipo de profesionales en la ciudad y la región). • Diagnóstico tardío • Escasez y/o desabastecimiento de medicamentos onco-específicos. • Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes. • Falta de un mecanismo operativo de coordinación que asegure continuidad y oportunidad en el tránsito del paciente a lo largo de la ruta diagnóstica. • Ausencia de un modelo institucionalizado de navegación oncológica en las aseguradoras y algunas IPS. • Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes. 	

4.4.2 Experiencias en el proceso de atención de pacientes con cáncer de pulmón

En este segmento a partir del relato de dos pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón, se pudieron identificar las experiencias del proceso de atención en cada momento clave o en cada fase de la ruta, para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas.

- **4.4.2.1 Caso 1:**

Paciente de 78 años con cáncer de pulmón, procedente de Sipí Choco.

- **Sintomatología y diagnóstico**

¿Cómo fue el momento en que comenzaron sus síntomas y cómo se llegó al diagnóstico?

Los síntomas comenzaron con un dolor de cintura: "**Bueno, (yo) me empezó con dolor de cintura. Que no podía caminar cuando me sentaba, me dolía si caminaba, me dolía**". También sentía que le dolía todo el cuerpo y "**no podía agacharme**". Inicialmente, cuando acudió al médico, le dijeron que "**estaba sufriendo la próstata**". El diagnóstico de cáncer de próstata fue confirmado mediante un examen, y el tratamiento inicial fue radioterapia.

El diagnóstico de cáncer de próstata ocurrió aproximadamente hace dos años. El señor ya tenía la afección hacía rato, pero en la parte rural de Chocó era "**muy difícil uno hacer lo del médico**".

Posteriormente, el doctor le encontró otra afección: "**el doctor me miro, me miro una masa en los pulmones**". Aunque inicialmente se pensó que podía estar relacionada con la próstata, el doctor revisó y determinó que era "**una masa y estaba incrustada como en los riñones o pulmones no sé una cosa por ahí**".

Respecto a los síntomas de esta segunda enfermedad, al caminar "**me coge una situación así y me duele, pues el pecho**". Al acostarse, siente que "**todo el cuerpo me duele**", y también se le hinchan "**los brazos, la pierna**".

Desde que buscó atención médica por primera vez, ¿qué tan fácil o difícil fue acceder a los exámenes y tratamientos que necesitaba?

El acceso a la salud fue extremadamente difícil en su lugar de origen, en un sitio cercano a Sipí, en Chocó. La salud allí es "**muy mala**" y no tenían seguridad social. Dado que eran "**desplazados**", decidieron venir a Cali. Una vez en Cali con la EPS, aunque la situación mejoró, al principio hubo dificultades con los medicamentos: "**Al principio ese era un problema para entregar un medicamento con usted tenía que ir a las 2:00 de la mañana para poder reclamar el medicamento**". Sin embargo, al momento de la entrevista, esto había mejorado, y ahora va a las 6:00 a.m. y "**no era (no pasan) ni 2 horas para llegar a la casa**".

El acceso a citas, exámenes y tratamientos se ha vuelto "**súper rápido**", una velocidad que el paciente y su hija atribuyen completamente a la ayuda de "**la jefe**" y que reiteradamente agradecen, sin duda persona clave en el manejo del Paciente.

Cuando le comunicaron el diagnóstico, ¿cómo se sintió con la forma en que los médicos le dieron la noticia y le explicaron las opciones de tratamiento?

El paciente refiere que tomó la noticia de la segunda enfermedad "**normal, porque si me asusto, pues me da lo mismo de no asustarme**". Su filosofía es que "**cuando uno se desespera mucho, la clase sale hasta mal**". Él le pide a Dios que lo sane. En cuanto a la forma en que el doctor comunicó la noticia, no fue "brusca" sino que "nos la dio pasivamente".

El doctor fue estratégico al explicarle la prioridad de la enfermedad actual: él tenía pendiente una cirugía de la vista, y el médico le dijo que lo principal era la enfermedad de la masa porque "**esa mataba, la vista no mataba**", en referencia a una afectación que tiene el entrevistado en la vista. El médico le dio la idea de ir "por urgencia el miércoles y me buscan para que inicie el proceso" para que fuera más rápido. La hija, aunque ya sabía por un amigo doctor que le había dicho "**su papá tiene eso**", se sintió "**triste, porque imagino eso hay un cáncer. Que siempre pega una cosa mala**".

- **Experiencia en la atención**

¿Cómo ha sido su experiencia con las instituciones de salud durante el tratamiento? ¿Ha sentido acompañamiento y continuidad o ha tenido que moverse entre varios lugares?

La experiencia con las instituciones en Cali ha sido mayormente positiva. El tratamiento se gestiona en el Hospital Universitario del Valle. Han sentido continuidad y acompañamiento gracias a una persona esencial: "**Yo [estoy] súper agradecida con ella [la jefa] porque ella desde que... ella la que siempre ha colaborado con eso y por eso las cosas ha sido súper rápido de oncología**". Esta persona les da la cita rápidamente con el oncólogo, y para la radioterapia que se realiza cada "**3 meses**".

- **Red de apoyo**

¿Con quién ha contado durante este proceso? ¿Qué tanto apoyo ha recibido de su familia, amigos o comunidad?

Refiere que ha contado principalmente con su hija y una red de apoyo informal en Cali.

- Hija y Cuidado: La hija es su principal cuidadora y quien gestiona todo.
- Comunidad/Vecinos: La hija conoció a unas vecinas en Cali que les permitieron alojarse en su casa. Están "**viviendo sin pagarle arriendo ni nada**". Esto le genera " pena" quien quiere que el tratamiento sea rápido para que la gente "**también descance**".
- Familia: La familia sufrió por la noticia, pero a la vez se sentían "**contentos por todo lo que me van a hacer de tratamiento**".

¿Ha considerado o usado otros tratamientos fuera del sistema médico, como plantas, remedios o alternativas tradicionales? ¿Por qué?

Indica que no ha usado tratamientos alternativos tradicionales. La razón es la falta de conocimiento y el temor a la automedicación: "**Nosotros no sabemos nada para eso, entonces para que una gente que va a automedicar, cosa que uno no lo sabe**". Además, ya habían visto "el buen resultado de la radioterapia". Aunque no usa remedios, sí mantiene el hábito de "**rezar**".

¿Ha tenido una persona o equipo que le ayude a gestionar citas, autorizaciones o dudas durante el proceso? ¿Cómo ha sido ese apoyo?

Sí, la ayuda de una persona clave, llamada "la jefa" en la unidad de oncología, ha sido esencial. La hija la conoció de "otra entidad" y la reconoció al llegar a esta institución. El

apoyo ha sido "**la salvación de muchas cosas**".

La ayuda consiste en la gestión completa: "**para la cita cuando nosotros necesitamos alguna cita con el oncólogo nosotros siempre vamos de ella y ella siempre nos da la cita rápido. Un examen en ella siempre**". Además, les ayuda con las citas de radioterapia y "para las inyecciones también". El nivel de apoyo es tan crucial que la hija afirma: si "**quitáramos a la jefa fácil y de todo esto. Súper diferente**". El señor la considera como tener "**un hijo, tenés que ponerle una hija, una ella siempre ha sido**".

- **Experiencia y recomendaciones**

Mirando todo lo que ha vivido, ¿qué cree usted que debería cambiar en el sistema de salud para que otras personas con su diagnóstico tengan una mejor experiencia?

Aunque no se ofrecen sugerencias directas de cambio, la experiencia vivida subraya que la atención inicial fue fallida debido a la falta de cobertura y acceso rural: "**yo ya tenía la próstata hasta hacía rato, sino que es como uno por ahí en el campo muy difícil uno hacer los del medio**".

Además, la dependencia crítica en la persona de "la jefa" para asegurar la continuidad y la rapidez del tratamiento (en contraste con un proceso que sería "súper diferente" sin ella) indica que, para una mejor experiencia de otros pacientes, el sistema necesita incorporar mecanismos de gestión y apoyo eficientes para que la ruta no dependa del conocimiento o la influencia de un individuo específico.

La experiencia de este paciente muestra cómo el apoyo de esta funcionaria fue como un "pase rápido" dentro del sistema: mientras la mayoría de los pacientes deben esperar y batallar contra las barreras buro-

cráticas (como ir a las 2:00 a.m. a reclamar medicamentos), la jefa garantiza que su acceso a la atención crucial sea "súper rápido".

• **Reflexiones finales**

A partir de su experiencia, el paciente y su hija expresan varias reflexiones que permiten identificar oportunidades de mejora en la ruta de atención. ***En primer lugar, subrayan la necesidad urgente de mejorar el acceso a la salud en zonas rurales, ya que la falta de cobertura y servicios en su región retrasó por años los diagnósticos: "era muy difícil uno hacer lo del médico".*** Esto implica fortalecer la presencia institucional en territorios apartados, garantizar la detección temprana y facilitar la entrada oportuna al sistema.

En segundo lugar, su recorrido evidencia ***la importancia de contar con mecanismos formales de acompañamiento y gestión, como la navegación oncológica.*** Para el paciente, la presencia de una persona clave en oncología fue determinante para acceder rápidamente a citas, exámenes y tratamientos. Sin ese apoyo, afirma su hija, el proceso habría sido "súper diferente". Su experiencia muestra que la ruta no puede depender del azar ni de la buena voluntad de un individuo, sino de estructuras sistemáticas que garanticen continuidad y oportunidad para todos los pacientes.

También resalta la relevancia de optimizar los procesos administrativos, especialmente el acceso a medicamentos. Antes debía acudir a las 2:00 a.m. para reclamarlos; solo después de ciertos cambios y apoyos pudo recibirlas sin largas esperas. Esta situación refleja la necesidad de eliminar barreras innecesarias que afectan desproporcionalmente a los pacientes más vulnerables. Finalmente, destaca la importancia del trato respetuoso y humano, tanto en la comunicación del diagnóstico como en el acompañamiento cotidiano. Aunque

afirma que su médico fue "pasivo" y claro al comunicar la noticia, su hija expresa el impacto emocional inicial y la necesidad de que todo el proceso esté marcado por empatía y sensibilidad, especialmente considerando el miedo y la incertidumbre asociados al cáncer.

La historia de este paciente ilustra de manera contundente cómo la experiencia del cáncer está profundamente determinada por las desigualdades territoriales, las barreras administrativas y la existencia —o ausencia— de apoyos concretos dentro del sistema. Su tránsito desde una zona rural sin cobertura médica hasta una ciudad donde finalmente pudo acceder al tratamiento evidencia la brecha entre quienes logran entrar al sistema y quienes quedan relegados por la falta de infraestructura y presencia estatal.

El relato destaca la enorme diferencia que puede representar un solo actor comprometido dentro de la institución. La intervención de "la jefa" en oncología transformó por completo su acceso a citas, exámenes y radioterapia, demostrando que el acompañamiento oportuno no solo facilita el tránsito por la ruta, sino que también reduce la angustia y el agotamiento asociados al proceso.

A pesar de las dificultades enfrentadas, mantiene una actitud serena y una fe que lo sostienen emocionalmente. Su caso muestra la importancia del cuidado integral, el soporte familiar —en este caso centrado completamente en su hija— y la necesidad de fortalecer redes de apoyo para pacientes en situación de vulnerabilidad social y geográfica.

Su experiencia, en suma, revela la urgencia de avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, articulado y humano, donde el acceso no dependa del territorio, la suerte ni las relaciones personales, sino de rutas

claras, acompañamiento continuo y un trato digno para cada persona que enfrenta un diagnóstico oncológico.

- **4.4.2.2 Caso 2:**

Paciente incidental cáncer de pulmón 68 años, procedente de Palmira.

- **Sintomatología**

¿Cómo fue el momento en que comenzaron sus síntomas y cómo se llegó al diagnóstico?

El proceso diagnóstico de este paciente no comenzó con síntomas pulmonares evidentes ni con una sospecha clínica inicial relacionada con cáncer. Su caso surgió de manera completamente fortuita, mientras se preparaba para una cirugía de rodilla. Como parte de los exámenes preoperatorios, el anestesiólogo identificó irregularidades que no tenían relación con su condición ortopédica, pero que ameritaban una evaluación más profunda. Fue entonces cuando ordenaron estudios adicionales del tórax, y en esos exámenes apareció por primera vez la señal de un posible compromiso pulmonar.

El paciente lo recuerda así: **"Para poder hacer la cirugía me marcaron exámenes... cuando el anestesiólogo vio los exámenes fue que me mandaron de todo."** Esa cadena de remisiones llevó a la primera tomografía, realizada en abril, aunque la gravedad de lo hallado solo fue comunicada meses después. El 10 de noviembre le informaron que había un nódulo y que era necesaria una cirugía: **"Ya te vamos a hacer una cirugía... estamos en el nódulo que está mal."**

Sin embargo, insiste en que nunca escuchó la palabra "cáncer" en ese momento inicial. La comunicación fue indirecta, cuidadosa y llena de ambigüedades, lo que dejó la sensación de que la información no fue com-

pletamente transparente: **"Yo nunca oí la palabra cáncer."** Aun así, comprendió que algo era serio y que debía iniciar un proceso clínico urgente.

- **Acceso**

Desde que buscó atención médica por primera vez, ¿qué tan fácil o difícil fue acceder a los exámenes y tratamientos que necesitaba?

Sus experiencias previas con el sistema de salud han moldeado una percepción de profunda dificultad y desgaste. Antes incluso de entrar formalmente al proceso de atención para cáncer, ha enfrentado múltiples barreras administrativas que le generan desconfianza y predisposición negativa frente a lo que está por venir.

Acceder a citas médicas ha sido particularmente complejo, describe largos tiempos de espera en la línea telefónica, solo para recibir respuestas que no resuelven su necesidad: **"Lo ponen a uno un momentico en línea y pasan 35 minutos y nada... y contestan y dicen: no hay agenda."**

Cuando finalmente logra comunicarse, con frecuencia le informan que no hay disponibilidad o que el servicio no puede prestarse porque "no hay convenio" vigente.

Esta falta de convenios ha sido especialmente crítica en situaciones previas en las que necesitaba medicamentos o terapias físicas, y que terminaron siendo negadas:

- Me negaron los remedios... que no había consulta, que no había convenio."
- "Me mandaron 20 terapias de piscina... llamé y llamé, y no: que no hay convenio."

Incluso exámenes preventivos han sido rechazados por tecnicismos burocráticos. Solicitó una evaluación de tiroides por el

crecimiento de una masa, pero se la negaron porque aún no cumplía exactamente dos años desde la última toma: **"Me faltaban 28 días para cumplir los dos años... y no me la podían mandar."**

Estos episodios, han producido un desgaste significativo en él y en su esposa. Ambos llegan al proceso con la sensación de que obtener atención oportuna es difícil, incierto y emocionalmente agotador. Esta carga previa condiciona cómo anticipan el inicio del tratamiento y la interacción con el sistema en esta nueva etapa de su vida.

- **Continuidad en la atención**

¿Cómo ha sido su experiencia con las instituciones de salud durante la atención? ¿Ha sentido acompañamiento y continuidad o ha tenido que moverse entre varios lugares?

La falta de continuidad ha sido una constante en su ruta de atención. **José** ha sido remitido repetidamente de una institución a otra debido a rupturas en los convenios o cambios en la red de atención: **"Lo mandan para una parte, después vaya para otra."** **"Aquí estoy porque ya no hay convenio donde estaba."**

Desde el cambio a una nueva EPS —ocurrido hace aproximadamente cuatro meses— ambos sienten un deterioro significativo en la calidad del servicio y en la forma en que se gestionan los trámites. La atención se volvió más lenta, menos clara y más burocrática: "El desmejoramiento... desde que cambiaron la EPS."

Todo esto implica que gran parte de la carga recae sobre su esposa, quien debe desplazarse, hacer filas extensas y gestionar papeles para mantener activa la ruta de atención. Ella misma, estando en recuperación de una cirugía reciente, ha tenido que asumir ese rol: "A él sí le ha tocado ir a

esa oficina... haciendo filas en la mañana, en la tarde, esperando por esos papeles." La pareja siente que, lejos de acompañarlos, el sistema los deja solos enfrentando procesos engorrosos que deberían estar automatizados o gestionados por las propias instituciones.

Cuando le comunicaron el diagnóstico, ¿cómo se sintió con la forma en que los médicos le dieron la noticia y le explicaron las opciones de tratamiento?

La manera en que recibió su diagnóstico refleja un patrón común: **evitar la palabra "cáncer".** El médico que le comunicó el resultado no lo mencionó explícitamente, sino que habló de un **"nódulo que está mal"** y de una cirugía necesaria. Esa omisión puede haber buscado protegerlo emocionalmente, pero también contribuyó a una comprensión incompleta del panorama clínico. José respondió con una mezcla de resignación y espiritualidad: **"Es la voluntad de Dios."**

Poco después, un médico que revisó las imágenes fue más directa. Le recomendó actuar rápido: **"Usted tiene esto raro... esta cirugía debe hacerse pronto."** Esa urgencia, expresada de forma clara, marcó un punto de inflexión. José entendió que su condición era seria y que los tiempos importaban. Sin embargo, el sistema no respondió con la misma celeridad, debido a demoras por autorizaciones y cambios en los convenios.

- **Red de apoyo**

¿Con quién ha contado durante este proceso? ¿Qué tanto apoyo ha recibido de su familia, amigos o comunidad?

El paciente cuenta principalmente con el apoyo de su esposa, quien se ha convertido en su cuidadora principal y su punto de apoyo emocional y administrativo. A pesar de que ella también atraviesa una recupe-

ración quirúrgica, se encarga de acompañarlo, gestionarle trámites y vigilar la evolución de su salud.

Su nieta también juega un rol importante desde lo emocional. Lo llama a diario y le recuerda que no se preocupe demasiado: **"La nieta lo llama todo el día... dice que no le dé mente a eso."** Estas dinámicas reflejan la carga emocional y las estrategias familiares para hacer frente a la enfermedad.

¿Ha considerado o usado otros tratamientos fuera del sistema médico, como plantas, remedios o alternativas tradicionales? ¿Por qué?

No ha recurrido a tratamientos alternativos para su condición pulmonar ni ha tomado decisiones terapéuticas por fuera del sistema médico respecto al posible cáncer. Sin embargo, sí utiliza desde hace años un medicamento naturista recetado para otra condición de salud, un hábito que mantiene de forma independiente y que no asocia al proceso oncológico actual. Este uso no responde a creencias sobre el cáncer ni a intentos de reemplazar la atención médica, sino a un tratamiento previo y continuo para molestias diferentes.

- **Navegación**

¿Ha tenido una persona o equipo que le ayude a gestionar citas, autorizaciones o dudas durante el proceso? ¿Cómo ha sido ese apoyo?

Al preguntarle al paciente sobre si han recibido apoyo de algún funcionario para la gestión, las citas, su testimonio incorpora una experiencia cercana que resulta muy relevante: la de su esposa, quien sí contó con una navegadora en su proceso previo como paciente de mama, y esa figura —la jefe— terminó siendo fundamental para que el paciente comprendiera el valor de

este acompañamiento. No fue una navegadora asignada a él, pero su apoyo tuvo efectos indirectos en la comprensión y manejo de esta etapa inicial.

La esposa del paciente relata que la jefe fue quien realmente articuló su ruta, gestionando derivaciones, resolviendo trámites y facilitando la atención cuando los convenios o procesos administrativos amenazaban con detener el camino asistencial. El paciente lo recuerda con admiración y gratitud al mencionar cómo ella movió todo lo necesario: **"Esta muchacha ... me mandó para esa clínica... para esta otra... ella me ayudó."**

Aunque no actuaba bajo el título formal de "navegadora", su rol funcionó exactamente como tal: un puente entre la EPS, la IPS y el paciente. Los entrevistadores lo reconocieron como un ejemplo claro de navegación oncológica aun sin estructura oficial: **"La tuvieron de chiripazo... como decimos."**

Su capacidad para tomar decisiones rápidas y gestionar pasos críticos —“ella dice y le hace una sola decisión”— mostró al paciente y su esposa lo decisivo que puede ser contar con alguien que acompañe, oriente y resuelva dentro del sistema.

Esta experiencia cercana permitió que José entendiera con claridad el valor que tendría un rol similar en su propia ruta, especialmente considerando las dificultades administrativas que ya ha enfrentado. Aunque él aún no lo necesita plenamente, reconoce que la navegación podría marcar una diferencia importante para los pacientes con cáncer de pulmón, tal como la marcó en el

- **Recomendaciones del paciente**

Mirando todo lo que ha vivido, *¿qué cree usted que debería cambiar en el sistema de salud para que otras personas con su diagnóstico tengan una mejor experiencia?*

A partir de su experiencia, identifica tres transformaciones fundamentales que, en su opinión, podrían mejorar de manera significativa la atención de pacientes con diagnósticos como el suyo.

En primer lugar, insiste en la necesidad de mayor estabilidad institucional. Para él, los constantes cambios en los convenios entre EPS e IPS generan confusión, pérdida de continuidad y una sensación permanente de incertidumbre. Lo resume con una pregunta que expresa frustración y cansancio: **"Los cambian y ¿para qué?" Cada modificación obliga a los pacientes a empezar de nuevo, reenfocarse y adaptarse, en un momento en el que cualquier retraso puede ser crítico.**

También subraya la importancia de una mayor agilidad en la atención, especialmente para condiciones graves. Recuerda que un médico le dijo que debía esperar hasta seis meses para un procedimiento, un tiempo que a él le parece desproporcionado y peligroso: **"El doctor me dijo seis meses... me parece mucho."** Estas demoras le hicieron sentir que la vida del paciente queda suspendida entre trámites, tiempos muertos y falta de respuesta oportuna.

Finalmente, reflexiona sobre la necesidad de avanzar hacia una gestión integrada dentro de las instituciones, de manera que los pacientes no carguen con la responsabilidad de coordinar la ruta de atención. En su experiencia, ha tenido que desplazarse de una oficina a otra, tocar puertas y resolver trámites que, según él, deberían estar a cargo del personal administrativo y clínico. Lo describe así: **"Ellos mismos deberían colaborar... pero lo mandan para una parte, después para otra."**

Para él, la sobrecarga administrativa no solo es desgastante, sino que constituye una barrera real para el acceso y la adhe-

rencia. Su reflexión evidencia cómo la falta de coordinación interna puede convertirse en un obstáculo tan determinante como cualquier limitación clínica.

- **Recomendaciones y reflexiones personales**

La experiencia de este paciente, acompañada paso a paso por su esposa, pone de relieve fallas estructurales, administrativas y comunicacionales del sistema de salud que afectan directamente la oportunidad, la continuidad y la dignidad en la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer. Las atenciones de este paciente ofrecen un panorama claro de las barreras que enfrentan los pacientes desde el primer contacto con el sistema.

Uno de los primeros aprendizajes que deja su historia es la necesidad urgente de fortalecer la sospecha temprana y la comunicación diagnóstica. El, llegó al hallazgo de un nódulo pulmonar por azar, durante exámenes prequirúrgicos para una cirugía de rodilla, y aun así la información inicial fue comunicada sin mencionar explícitamente la palabra "cáncer". Esta forma de comunicar, aunque quizás pensada para proteger emocionalmente, genera confusión, incertidumbre y un entendimiento incompleto del riesgo real. Su posterior percepción de urgencia provino no del sistema, sino de la recomendación de una médica que le dijo claramente que debía actuar rápido. La falta de transparencia en esta etapa temprana puede retrasar decisiones críticas.

Otro hallazgo central es la percepción generalizada de trabas administrativas que erosionan la confianza y desalientan la continuidad del cuidado. Ellos han debido enfrentar esperas prolongadas para agendar citas, negaciones reiteradas por falta de convenios y rechazo de exámenes necesarios por tecnicismos burocráticos.

Dejando una predisposición marcada hacia el sistema, asociada al cansancio y la frustración. Esto evidencia la necesidad de reducir al mínimo la carga administrativa sobre los pacientes e instaurar procesos más simples, ágiles y humanizados.

La historia también revela un patrón persistente de fragmentación y discontinuidad en la atención. Este paciente ha sido enviado de una institución a otra debido a cambios de convenio o redes de atención, sin acompañamiento ni orientación clara. Esta desarticulación es vivida por él como desamparo: siente que el sistema lo deja solo para resolver trámites que deberían manejar desde adentro. La carga de esta fragmentación recae especialmente sobre su esposa, quien debe desplazarse, hacer filas y gestionar documentos, incluso mientras se recupera de su propia cirugía. Esto confirma la importancia de una gestión integrada que no dependa del paciente, sino de procesos internos coordinados.

Un punto especialmente destacado es la experiencia de la esposa del paciente con la figura de la navegadora, quien en su ruta anterior funcionó como un puente efectivo entre EPS, IPS y paciente. Aunque él no ha tenido una navegadora propia, ver el impacto que tuvo esta figura en el proceso de su esposa le permitió comprender su valor. Para ambos, la navegadora representó claridad, resolución y apoyo emocional, cualidades que contrastan notablemente con la lentitud y dispersión de su experiencia habitual. Su relato muestra que la navegación no solo mejora la oportunidad, sino que reduce incertidumbres y facilita decisiones, convirtiéndose en un componente clave para fortalecer la ruta del cáncer.

Finalmente, el paciente plantea tres transformaciones fundamentales que considera indispensables para mejorar la atención de

otros pacientes. En primer lugar, la estabilidad institucional, evitando cambios constantes de convenios que interrumpen la atención sin ofrecer beneficios claros. En segundo lugar, la agilidad en los tiempos clínicos, ya que demoras de meses —como las que él ha vivido— resultan inaceptables para condiciones graves. Y, en tercer lugar, la integración de la gestión interna, para que las instituciones asuman la responsabilidad de coordinar la ruta, liberando a los pacientes de cargas administrativas que los desgastan y aumentan el riesgo de abandono.

En conjunto, las experiencias de esta pareja de esposos muestran que la mejora de la atención en cáncer no depende únicamente de tecnología o protocolos clínicos. Requiere un sistema más humano, más coordinado y estable, donde la claridad en la comunicación, la simplificación de procesos, la continuidad asistencial y figuras como la navegación se conviertan en pilares para brindar una atención que realmente acompañe, alivie y proteja.

• **Conclusión**

Esta historia revela con nitidez cómo el sistema de salud puede imponer cargas que erosionan la confianza, desgastan emocionalmente y dificultan la preparación para enfrentar un diagnóstico serio como el cáncer de pulmón. Su caso, descubierto por azar durante una valoración quirúrgica, pone de manifiesto la importancia de una comunicación diagnóstica clara y honesta desde el primer momento, evitando ambigüedades que dejan al paciente en un estado de incertidumbre sobre la gravedad de su condición.

Las experiencias acumuladas esta pareja muestran cómo las fallas administrativas —como la falta de convenios, los tiempos de espera prolongados para citas y la negación de servicios por tecnicismos—

tienen un impacto tangible sobre la salud, el bienestar y la disposición del paciente a continuar en la ruta. La fragmentación institucional, los constantes cambios de red y la ausencia de acompañamiento estructurado profundizan esa sensación de desamparo, obligando a las familias a asumir tareas que deberían estar a cargo del sistema.

Al mismo tiempo, su relato deja ver el enorme valor de una atención coordinada y humanizada, exemplificada en la figura de la navegadora que acompañó el proceso previo de Milena. Esa experiencia positiva demuestra que, cuando existe una persona que articula, orienta y resuelve, las rutas fluyen, la incertidumbre disminuye y el paciente siente apoyo real. Para el paciente, esta referencia cercana se convierte en un indicador claro de lo que debería ofrecer el sistema a todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón.

En suma, la entrevista evidencia que la calidad de la atención no depende únicamente de la detección o tratamiento del tumor, sino de todo el camino que rodea al paciente: la manera en que se comunica un hallazgo, la facilidad para acceder a servicios, la estabilidad institucional, la eliminación de cargas administrativas innecesarias y la presencia de figuras que acompañen y orienten. Esta experiencia reafirma la necesidad de construir rutas oncológicas más coherentes, más estables y centradas en las personas, donde lo humano y lo administrativo no se conviertan en barreras, sino en soportes para transitar la enfermedad con dignidad y respaldo real.

5. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE PULMÓN

5.1 Secuencia temporal de la ruta

Para el desarrollo de las intervenciones de la ruta 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 pulmón. A partir de estas fases, se identificaron los momentos relevantes para la ruta, los cuales pretenden representar la visión de los expertos locales en cuanto a lo que consideran lo más relevante para el paciente.

Tabla 4. Momentos del proceso de atención del paciente con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón.

Fase	Momentos del proceso de atención
Prevención	Valoración integral - Ruta de promoción y mantenimiento de la salud
	Identificación de factores de riesgo
	Programas de cesación de tabaquismo
Tamización y diagnóstico	Tamización
	Seguimiento luego del tamizaje (sin hallazgos)
	Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm)
	Manejo de nódulos pulmonares
	Realización de biopsia
	Atención por sintomatología
	Confirmación del diagnóstico
Tratamiento	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica I
	Estadificación
	Junta multidisciplinaria
	Programación de cirugía
	Aplicación de quimioterapia
	Aplicación de radioterapia
	Aplicación de inmunoterapia
	Valoración por cuidados paliativos y equipo psicosocial
	Seguimiento y rehabilitación pulmonar

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

5.2 Listado de actores o perfiles de la ruta

En la medida que los expertos locales ahondaban en las discusiones sobre momentos e intervenciones de la ruta 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.

Con base en ello, se presenta los actores o perfiles identificados, y el rol que cumplen en el proceso de atención.

Tabla 5. Actores o Perfiles involucrados en la Ruta

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Rol o alcance de la ruta
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.
Medicina general	<p>Profesional de la salud que se considera clave en el proceso de sospecha diagnóstica, dado que es el encargado solicitar tanto los estudios en personas con factores de riesgo, como iniciar el proceso diagnóstico en personas con síntomas.</p> <p>Este profesional requiere contar con las herramientas que faciliten la toma de decisiones, así como capacitaciones para mejorar sus competencias clínicas.</p>
Profesional de enfermería - coordinación de programas	Profesional de la salud que hace parte de la IPS primaria, con un alcance amplio, trasversal a los diferentes momentos del proceso de atención de sospecha y diagnóstico en Ca pulmón. Como profesional experto en brindar cuidados, se le atribuye un papel clave en aspectos educativos.
Instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad	Estas instituciones deben liderar acciones de promoción de estilos de vida saludables, especialmente la cesación de tabaco para reducir el riesgo de cáncer de pulmón. Asimismo, deben identificar tempranamente síntomas o factores de riesgo, priorizar el caso, solicitar radiografía de tórax, remitir oportunamente y realizar seguimiento.
EAPB - gestor de riesgo	Actor cuya función está emarcada en facilitar el acceso, continuidad, integralidad y coordinación en el proceso de atención de las personas con sospecha o con diagnóstico de cáncer de pulmón.
Asociación de usuarios	Institución formal de las pacientes y sus familiares. Corresponde a un dispositivo social, facilitado por la normatividad vigente, en el que muchas EPS se apoyan a la hora de legitimar y validar las Ruta de atención elaboradas. Se identifica como un actor clave en las fases de prevención y tamización.
Farmacias / Droguerías "de barrio"	Institución del sector salud, que se identificó como relevante para la identificación de pacientes con sospecha de cáncer de pulmón. La propuesta de este perfil dentro de la Ruta obedece a que, en muchos escenarios, son los que dispensan medicamentos para la tos crónica (incluso dan orientaciones médicas), por lo que son un potencial aliado a la hora de identificar casos de personas con sintomatología sugerente de cáncer de pulmón.
Secretaría de salud	<p>Institución en quien recae la gobernanza local del sistema de salud, por lo que su alcance es amplio y diverso. Para esta ruta clínico-administrativa, se visualiza como actor clave en la sensibilización de la población general para la identificación y manejo de factores de riesgo, así como desplegar estrategias para el diagnóstico precoz.</p> <p>Así mismo, es un actor clave en garantizar el adecuado funcionamiento de la ruta dadas sus funciones de inspección, vigilancia y control.</p>

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Rol o alcance de la ruta
Equipo de Navegación	Conformado por un grupo de profesionales de la salud, es una estrategia orientada a garantizar la coordinación integral de la atención del paciente con cáncer, especialmente cuando los servicios o tecnologías requeridos se prestan en IPS distintas a la IPS oncológica debido a la contratación de la EPS. Su función es asegurar la continuidad del proceso asistencial, en especial durante la fase de tratamiento.
Especialista en Neumología	Profesional de la salud especializado. Perfil clave en dos momentos del proceso de atención: en primer lugar, como el especialista que interpreta y toma decisiones con base en la primera de tamizaje alterada (esto es, presencia de un nódulo mediastinal o pulmonar); y en segunda instancia, el especialista con el que el paciente inicia la fase de la ruta en cuenta a tratamiento (puede ser el primer contacto con la IPS Oncológica).
Especialista en Cirugía de Tórax	Profesional de la salud especializado, fundamental en la atención de pacientes con cáncer de pulmón en estadios tempranos, en quienes la intervención quirúrgica ofrece mayores posibilidades de curación y sobrevida.
Especialista en Radiología intervencionista	Profesional de la salud especializado. Encargado de la realización de biopsias en donde hay restricciones por parte del neumólogo o cirujano de tórax.
IPS Patología	Conjunto de profesionales de la salud encargados del procesamiento de muestras de biopsia y su reporte. De especial relevancia cuando el resultado evidencia presencia de neoplasia maligna.
Especialistas en Oncología Radioterápica	Profesional de la salud especializado. Perfil que se encarga de elaborar el plan de manejo con radioterapia.
Especialista en Oncología clínica	Profesional de la salud especializado. Perfil que se encarga de elaborar el plan de manejo con quimioterapia e immunoterapia.
Especialista en Imagenología	Especialista médico. Encargado de realizar los estudios complementarios (fase de estadificación).
Profesional en psicología	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con sospecha o diagnóstico de Ca pulmón. Especialmente relevante para brindar herramientas de afrontamiento.
Profesional en trabajo social	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con sospecha o diagnóstico de Ca pulmón. Especialmente relevante en la valoración de la red de apoyo y situación socioeconómica.
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 pulmón. Perfil relevante en el manejo integral del dolor y afrontamiento, desde el diagnóstico hasta los cuidados al final de la vida.
Profesionales de rehabilitación	Grupo de profesionales de la salud, encargados de evaluar al paciente postquirúrgico para fines de optimizar la capacidad ventilatoria y requerimiento de oxígeno. Cumple un rol clave en el seguimiento del paciente con Ca pulmón.

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Rol o alcance de la ruta
Gestor farmacéutico	Institución encargada de adquirir, almacenar y distribuir los medicamentos relacionados con el tratamiento onco-específico, tanto de quimioterapia como inmunoterapia.
Institución prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad	Realizar estudios diagnósticos clave (especialmente TAC), priorizar casos sospechosos, descartar causas alternativas, y garantizar la remisión oportuna al nivel especializado, navegar y contrareferir al paciente a la baja complejidad

5.3 Matriz de intervenciones de la Ruta

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 ruta clínico-administrativa. Con esto, se logra construir la matriz de intervenciones, en la que se ha identificado qué intervenciones son consideradas relevantes o esenciales en función del momento del proceso de atención en que participan.

Con esta propuesta de matriz, la ruta 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 algunas acciones de índole administrativo que debe surtirse para que la oportunidad en el diagnóstico e inicio de tratamiento sean lo más expeditas posibles.

Estas intervenciones se describen en las siguientes tablas:

Tabla 6. Acciones preventivas

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Prevención		
	Valoración integral - Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Identificación de factores de riesgo	Programas de cesación de tabaquismo
Equipos básicos de salud	Realizar visitas a los domicilios de las personas e indagar sobre estilos de vida saludables y exposición a factores de riesgo, así como el fomento de factores protectores. Intervenciones educativas (cortas) sobre Ca de pulmón	Identificación de la presencia de factores de riesgo. Remisión del caso a la IPS Primaria de la persona.	Remisión del caso a la IPS con programa de cesación de tabaquismo (si hace parte de la red de la EPS del usuario).
Medicina general		En consulta de morbilidad general, identificación proactiva de consumo de cigarrillo y otros factores de riesgo de Ca pulmón. Determinar la necesidad de estudios adicionales en el marco de una estrategia de tamización (ordenar TAC de baja dosis) o como inicio de un abordaje diagnóstico (persona con síntomas).	Articulación con la IPS con programa de cesación de tabaquismo (si hace parte de la red de la EPS del usuario).
Profesional de enfermería - coordinación de programas	Coordinación de las actividades de la Ruta de PyMS, con inclusión de temas educativos sobre Ca pulmón e intervención sobre factores de riesgo.	Identificación de la presencia de factores de riesgo - gestión de cohortes. Remisión del caso a Medicina general de la IPS Primaria.	
IPS con programa de cesación de consumo de tabaco			Abordaje integral de la persona para fines de adecuar un plan (idealmente personalizado) para cesación del consumo de cigarrillo. Retroalimentación a la IPS Primaria y EPS del usuario de los casos en intervención y casos exitosos.

Tabla 6. Acciones preventivas

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Prevención		
	Valoración integral - Ruta de promoción y mantenimiento de la salud	Identificación de factores de riesgo	Programas de cesación de tabaquismo
EAPB - gestor de riesgo	Elaboración y envío de las bases de datos de personas con requerimiento de valoración integral en la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud, hacia la IPS Primaria de la red adscrita.		
Asociación de usuarios	Facilitador y divulgador de las actividades educativas sobre Ca pulmón.	Facilitador y divulgador de la identificación y manejo de factores de riesgo en su población de usuarios / comunidad.	Promotor de las IPS con programa de cesación de consumo de tabaco en el territorio / EPS de los usuarios.
Farmacias / Droguerías "de barrio"		Participación en las estrategias educativas sobre factores de riesgo para Ca pulmón.	Promotor de las IPS con programa de cesación de consumo de tabaco en el territorio / EPS de los usuarios.
Secretaría de salud	Veedor del cumplimiento de las actividades de la Ruta de Promoción y mantenimiento de la salud, con especial énfasis en observar acciones encaminadas a la prevención del Ca pulmón.	Facilitador de espacios de capacitación y aprendizaje de los profesionales de la salud en cuanto a Ca pulmón y sus factores de riesgo.	

Tabla 7. Intervenciones de tamización y diagnóstico

Perfiles profesionales / Actores del sistema	Tamización y diagnóstico						
	Identificación temprana del riesgo	Seguimiento luego del tamizaje (sin hallazgos)	Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm)	Manejo de nódulos pulmonares	Realización de biopsia	Atención por sintomatología	Confirmación del diagnóstico
Medicina general	Identificación de personas con factores de riesgo para Ca pulmón, y que se benefician de una estrategia de tamización (TAC tórax de baja dosis). Ordenamiento e interpretación del TAC de tórax de baja dosis.	En casos de personas SIN hallazgos en el TAC, realizar el seguimiento del caso con TAC tórax de baja dosis año por 3 años.	Determinar necesidad de valoración por neumología / cirugía de tórax ante hallazgo anormal del TAC para considerar realización de biopsia.	En casos de hallazgos de nódulos pulmonares de menos de 8 mm y sin evidencia de masa, realizar el seguimiento del caso con TAC tórax de baja dosis según las guías actuales.		Valoración integral de personas con síntomas sugerentes de Ca pulmón. Solicitud de estudios complementarios para evaluar el diagnóstico diferencial ante sintomatología respiratoria crónica.	
Profesional de enfermería - coordinación de programas		Seguimiento de los casos con requerimiento de tamizaje cada año por 3 años.	Reporte a la EPS y seguimiento de los casos con tamizaje alterado (presencia de masa o nódulo >8mm)	Reporte a la EPS y seguimiento de los casos con hallazgos de nódulos pulmonares de menos de 8 mm y sin evidencia de masa.			Reporte de casos con patología que confirma Ca pulmón
IPS con programa de cesación de consumo de tabaco						Referencia a la IPS Primaria de personas con sintomatología respiratoria crónica.	
EAPB – gestor de riesgo	Elaboración de una base de datos de personas con factores de riesgo para Ca pulmón, y que se benefician de una estrategia de tamización (TAC tórax de baja dosis).	Registro en una base de datos de usuarios tamización, pero SIN hallazgos o alteraciones en el tamizaje.	Articulación y organización de la red para facilitar el acceso al MD especialista ante tamización alterada con sospecha de Ca pulmón.	Registro en una base de datos de usuarios tamización con hallazgos de nódulos pulmonares < 8 mm (sin masa pulmonar o mediastinal).	Generación de las autorizaciones respectivas para la realización de la biopsia. Articulación con la IPS Patología para el envío precoz de reportes positivos para Ca pulmón.		Coordinación de la atención por parte de la IPS Especializada (oncológica) ante patología que confirma Ca pulmón. Activación del Equipo de Navegación.

Tabla 7. Intervenciones de tamización y diagnóstico

Perfiles profesionales / Actores del sistema	Tamización y diagnóstico						
	Identificación temprana del riesgo	Seguimiento luego del tamizaje (sin hallazgos)	Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm)	Manejo de nódulos pulmonares	Realización de biopsia	Atención por sintomatología	Confirmación del diagnóstico
Asociación de usuarios						Comunicación de las puertas de entrada a la ruta ante sintomatología (IPS primaria, red de urgencias).	
Farmacias / Droguerías "de barrio"						Fomento de la consulta temprana ante personas con sintomatología respiratoria crónica (relacionada con usuarios recurrentes de jarabes para la tos).	
Secretaría de salud					Seguimiento del cumplimiento de los estándares de habilitación de la IPS que realiza la biopsia.		
Equipo de Navegación							Activación desde el momento en que se cuenta con patología que confirma Ca pulmón (idejalmente desde la IPS Primaria).
Especialista en Neumología	Valoración del reporte del TAC de baja dosis (cuando no media remisión por parte de MD General).	Elaboración del plan de seguimiento en casos de personas SIN hallazgos en el TAC (retorno a MD General).	Valoración de la persona con Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm). Determinar la necesidad de biopsia o estudios complementarios.	Elaboración del plan de seguimiento en casos con hallazgos de nódulos pulmonares de menos de 8 mm y sin evidencia de masa (retorno a MD General).	Realización de la biopsia de la masa (o nódulo >8mm) vía transbronquial.	En un ámbito de urgencias u hospitalario, se define la necesidad de estudios complementarios y realización de biopsia.	

Tabla 7. Intervenciones de tamización y diagnóstico

Perfiles profesionales / Actores del sistema	Tamización y diagnóstico						
	Identificación temprana del riesgo	Seguimiento luego del tamizaje (sin hallazgos)	Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm)	Manejo de nódulos pulmonares	Realización de biopsia	Atención por sintomatología	Confirmación del diagnóstico
Especialista en Cirugía de Tórax	Es un especialista alternativo al Neumólogo. Valoración del reporte del TAC de baja dosis (cuando no media remisión por parte de MD General).	Es un especialista alternativo al Neumólogo. Elaboración del plan de seguimiento en casos de personas SIN hallazgos en el TAC (retorno a MD General).	Es un especialista alternativo al Neumólogo. Valoración de la persona con Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm). Determinar la necesidad de biopsia o estudios complementarios.	Es un especialista alternativo al Neumólogo. Valoración de la persona con Tamizaje alterado (masa o nódulo>8mm). Determinar la necesidad de biopsia o estudios complementarios.	Realización de la biopsia de la masa por toracoscopia.	En un ámbito de urgencias u hospitalario, se define la necesidad de estudios complementarios y	
Especialista en Radiología intervencionista							
IPS Patología					Recepción, análisis y reporte de la patología de la biopsia de la lesión pulmonar.		Reporte expedito a la EPS de los casos que resultan positivos para Ca pulmón. Informe de la necesidad de estudios adicionales: inmunohistoquímica. Reporte de la necesidad de muestras adicionales (re-biopsiar).

Tabla 8. Intervenciones de tratamiento

Perfiles profesionales actores del sistema	Tratamiento								
	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	Estadificación	Junta multidisciplinaria	Programación de cirugía	Aplicación de quimioterapia	Aplicación de radioterapia	Aplicación de inmunoterapia	Valoración por cuidados paliativos y equipo psicosocial	Seguimiento y rehabilitación pulmonar
EAPB - gestor de riesgo			Acompañamiento a la Junta y seguimiento de los casos presentados.		Organización de la red para garantizar el acceso y continuidad de la quimioterapia. Verificación o intermediación para garantizar la adquisición de medicamentos para quimioterapia.	Organización de la red para garantizar el acceso y continuidad de la radioterapia.	Organización de la red para garantizar el acceso y continuidad de la quimioterapia. Verificación o intermediación para garantizar la adquisición de medicamentos para inmunoterapia. Incluye la generación oportuna de autorizaciones (si aplica).		
Secretaría de salud				Seguimiento de barreras en el acceso a la cirugía (gestión de casos, seguimiento a PQR)	Seguimiento de barreras en el acceso y continuidad de la quimioterapia (gestión de casos, seguimiento a PQR). Identificación de reportes de escasez o desabastecimiento de medicamentos.		Seguimiento de barreras en el acceso y continuidad de la inmunoterapia (gestión de casos, seguimiento a PQR). Identificación de reportes de escasez o desabastecimiento de medicamentos.		

Tabla 8. Intervenciones de tratamiento

Perfiles profesionales actores del sistema	Tratamiento								
	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	Estadificación	Junta multidisciplinaria	Programación de cirugía	Aplicación de quimioterapia	Aplicación de radioterapia	Aplicación de inmunoterapia	Valoración por cuidados paliativos y equipo psicosocial	Seguimiento y rehabilitación pulmonar
Equipo de Navegación	Gestión para el acceso a la cita de primera vez	Gestión para facilitar la programación de los estudios de estadificación solicitados. Gestión para el acceso a la cita de control.	Acompañamiento a la programación de la Junta y verificación de la decisión conjunta sobre el plan de manejo del paciente.	Gestión para la programación de la cirugía. Incluye toma de paracínicos pre-quirúrgicos, cita con anestesiología, y programación de quirófano.	Gestión para la aplicación de la quimioterapia. Identificación de casos inasistentes.	Gestión para la aplicación de la radioterapia. Identificación de casos inasistentes.	Gestión para la aplicación de la inmunoterapia. Gestión para la autorización de la EPS (si aplica, según modelo de contratación). Identificación de casos inasistentes.		Gestión para la realización de la rehabilitación pulmonar luego de la cirugía.
Especialista en Neumología	Primer valoración del paciente con Ca pulmón. Define estudios de estadificación.		Presentación del caso incidente de Ca pulmón, exposición de alternativas de tratamiento y plan a seguir.						
Especialista en Cirugía de Tórax	Primer valoración del paciente con Ca pulmón. Define estudios de estadificación.		Presentación del caso incidente de Ca pulmón, exposición de alternativas de tratamiento y plan a seguir.	Realización de la cirugía. Seguimiento post-operatorio inmediato y mediato.					
Especialistas en Oncología Radioterápica						Valoración y formulación de las sesiones de radioterapia.			

Tabla 8. Intervenciones de tratamiento

Perfiles profesionales actores del sistema	Tratamiento								
	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	Estadificación	Junta multidisciplinar	Programación de cirugía	Aplicación de quimioterapia	Aplicación de radioterapia	Aplicación de inmunoterapia	Valoración por cuidados paliativos y equipo psicosocial	Seguimiento y rehabilitación pulmonar
Especialista en Oncología clínica					Valoración y formulación del protocolo de quimioterapia según cada caso.		Ordenamiento de pruebas adicionales: PDL-1, mutaciones del EGFR, y traslocación del ALK		
Especialista en Imagenología		Realización y reporte de estudios de imagen.							
IPS laboratorio (especializado en pruebas genéticas y marcadores tumorales)							Procesamiento y reporte de los resultados de pruebas de inmunohistoquímica y marcadores tumorales como expresión de PDL-1, mutaciones del EGFR, y traslocación del ALK.		
Profesional en psicología								Acompañamiento en mujeres con diagnóstico de Ca pulmón. Valoración de red de apoyo.	

Tabla 8. Intervenciones de tratamiento

Perfiles profesionales actores del sistema	Tratamiento								
	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	Estadificación	Junta multidisciplinaria	Programación de cirugía	Aplicación de quimioterapia	Aplicación de radioterapia	Aplicación de inmunoterapia	Valoración por cuidados paliativos y equipo psicosocial	Seguimiento y rehabilitación pulmonar
Profesional en trabajo social								Abordaje psico-social en mujeres con diagnóstico de Ca pulmón.	
Especialista en Cuidados Paliativos								Valoración desde el primer contacto con la IPS Especializada. Abordaje psicosocial y herramientas de afrontamiento. Manejo del dolor.	
Profesionales de rehabilitación								Realización del plan de rehabilitación del paciente con Ca pulmón, mediante metas terapéuticas específicas. Recomendaciones en casa. Identificación de pacientes con necesidad de oxígeno domiciliario.	
Gestor farmacéutico					Adquisición, inventariado y entrega de medicamentos para quimioterapia. Reporte de novedades relacionadas con escasez o desabastecimiento.		Adquisición, inventariado y entrega de medicamentos para inmunoterapia. Reporte de novedades relacionadas con escasez o desabastecimiento.		

6. PUNTOS CRÍTICOS (HITOS DE LA RUTA)

A partir las fases de atención y los momentos que las constituyen, se identificaron una serie de intervenciones que resultan críticas para la ruta clínico-administrativa en cáncer de pulmón. Estos puntos críticos representan momentos en los cuales, si hay barreras o limitaciones en el acceso efectivos a los servicios se salid, se pueden generar retrasos en la atención y reprocesos que tienen como consecuencia el incremento los tiempos de oportunidad para la realización de intervenciones posteriores, lo que a su vez genera potenciales riesgos que impiden la obtención de mejores resultados en salud, el uso eficiente de los recursos, y la experiencia satisfactoria por parte de las pacientes y sus familias.

Los puntos críticos se describen a continuación:

6.1 Identificación de factores de riesgo

Se consideró por parte de los expertos que fuese un hito en la ruta la identificación de factores de riesgo en población adulta. Se busca incentivar la búsqueda activa de personas con factores de riesgo para cáncer de pulmón, susceptibles de beneficiarse de un programa de tamización.

La actual guía de cáncer de pulmón colombiana, la cual data del año 2014 (9), propuso desde esa época la estrategia de tamización con TAC de tórax de baja dosis a personas entre 55 a 74 años, con historia de ser fumadores de 30 paquetes/año o más, que sean fumadores activos, o que hayan dejado de fumar hace menos de 15 años. En este sentido, solo estas personas con antecedente de tabaquismo “pesado”, además de las fumadoras activas, representan una población de muy alto riesgo para cáncer de pulmón.

Sin embargo, los datos epidemiológicos

señalan que cada vez se observa mayor incidencia de subtipos de cáncer que no tiene una asociación fuerte con el tabaquismo. El tipo de cáncer de pulmón de células no pequeñas representa el 85% de todos los casos nuevos, del cual adenocarcinoma es el subtipo más frecuente, es el que tiene una menor asociación con el tabaquismo. Por el contrario, cerca del 15% de los casos nuevos de cáncer de pulmón corresponde al tipo de células pequeñas, y este es el tipo de cáncer que tiene una fuerte asociación con el historial de tabaquismo (10,11).

Es por esta razón que los expertos proponen ampliar el listado de factores de riesgo para ajustarse a esta tendencia epidemiológica, sumado al hecho de un mayor consumo de dispositivos electrónicos de cigarrillo, o vapeadores, de los cuales se sigue estudiando su asociación con el cáncer de pulmón. Estos factores de riesgo serían: utilización activa de vapeadores, exposición al humo de biomasa, historial familiar de cáncer de pulmón (especialmente si aparece antes de los 60 años), exposición a asbestos y radón, entre otros.

6.2 Tamización

El segundo hito propuesto es la intervención para tamización. Los expertos locales consideran que es necesario fomentar la implementación de una estrategia de tamización, sea con TAC tórax de baja dosis, radiografía de tórax seriada, o cualquier otra que desde la rectoría del sistema de salud se considere eficaz y costo-efectiva. Se considera que una ausencia de una normativa que obligue a los aseguradores a implementar la tamización de cáncer de pulmón es una de las barreras más importantes para la detección en fases tempranas de este cáncer.

Se expuso la experiencia exitosa de una de las EPS que asistieron al taller de expertos, en la que se expusieron de manera general la operación de un programa de tamización

basado en TAC de tórax de báscula, con resultados muy interesantes y llamativos para el resto de los expertos locales. Con ello, hubo un consenso general de que hay mecanismos y estrategias que se pueden implementar en la ciudad y la región para fomentar el diagnóstico oportuno del cáncer de pulmón.

6.3 Realización de la biopsia

Un incentivo a una mayor realización de una prueba de tamización debe acompañarse de una mayor asequibilidad y disponibilidad de la prueba de confirmación diagnóstica, que, para el caso, corresponde a la biopsia de la masa pulmonar (o nódulo mayor de 8 mm).

Esto implica que se requiere garantizar aspectos preanalíticos y analíticos para el procesamiento de la muestra obtenida por biopsia, idealmente mediante un consenso para garantizar la adecuada toma en cantidad y calidad, ya que se requiere de varios estudios complementarios más allá de la patología convencional, tales como inmunohistoquímica y marcadores tumorales.

Se señaló que cuanto esto no ocurre, se limita el diagnóstico completo (por ejemplo, expresión de PD-L1, entre otros), y a veces se debe recurrir a re-biopsiar al paciente, con lo que implica desde el punto de vista de seguridad del paciente y retrasos en el inicio del tratamiento. Por estas y otras razones, se considera necesario que sea un hito en la Ruta clínico-administrativa de cáncer de pulmón.

6.4 Valoración por Neumología o Cirugía de tórax

Ya sea por la ruta de tamización, o sea por la ruta de abordaje de sintomatología, con la confirmación por patología de un cáncer de pulmón, comienza a correr el tiempo para el inicio del tratamiento. Un hito propuesto por los expertos locales es el primer contacto con al IPS Especializada o IPS Oncológica.

Según cada IPS, su modelo contemplará como primer contacto la especialidad de neumología o cirugía de tórax. Algunos expertos mencionaron que, en casos de estadios tempranos, lo ideal es que el primer contacto fuese con el cirujano de tórax, dado que potencial beneficio (curación) de una cirugía realizará precozmente, lo que es coherente con la iniciativa de implementar un programa de tamización para cáncer de pulmón.

Cualquier retraso en este primer contacto, puede conllevar a un cambio en el pronóstico del paciente, sea en términos de supervivencia o en calidad de vida.

6.5 Aplicación de inmunoterapia

Los avances de la medicina de precisión (targeted therapy) han permitido contar con medicamentos que actúan sobre ciertas vías de señalización celular que permiten inhibir el crecimiento tumoral, como es el caso de los inhibidores de ligando PD-1. Estas razones, la inmunoterapia se ha convertido en piedra angular del tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas dada su eficacia de mejorar la supervivencia global en pacientes con enfermedad avanzada.

Por tanto, los expertos consideran que es necesario facilitar el acceso a las pruebas que miden estos marcadores tumorales, así como a los medicamentos relacionados, para garantizar un tratamiento integral y efectivo del cáncer de pulmón.

Tabla 9. Puntos críticos

Fase	Momentos del proceso de atención (hitos)	Escenarios de variabilidad
Prevención	Identificación de factores de riesgo	Falta de seguimiento de las personas con factores de riesgo identificados.
Tamización y diagnóstico	Tamización	Falta de seguimiento de las pruebas de tamización alteradas Tiempos para la atención muy prolongados (falta de oportunidad) para el acceso a especialista luego de una prueba de tamización alterada.
	Realización de biopsia	Demoras en la realización de la biopsia. Pérdida de la coordinación entre la IPS que realiza la biopsia y la IPS de patología, junto con la IPS Primaria. Necesidad de una nueva valoración por el especialista para lectura del informe de patología que confirma Ca de pulmón.
Tratamiento	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	Tiempos muy prolongados (falta de oportunidad) para el acceso a especialista luego del informe de patología que confirma Ca de pulmón. Deterioro del estado del paciente y necesidad de hospitalización antes del primer contacto con la IPS Especializada (oncológica).
	Aplicación de inmunoterapia	Dificultades para el acceso a la realización de estudios de marcadores tumorales. Falta de oportunidad para el control con oncología clínica luego de los resultados de marcadores tumorales. Dificultades para el acceso a medicamentos de inmunoterapia.

De forma trasversal a las fases de atención, se identifican dos situaciones que inciden directamente en la ruta asistencial y que se configuran como puntos críticos para el adecuado tránsito de los pacientes; estos son:

6.6 Fragmentación de la atención

En el territorio, varias aseguradoras han dispuesto múltiples prestadores para la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer, lo que genera un entramado disperso de servicios y múltiples fuentes de información. Esta dispersión dificulta la trazabilidad y el seguimiento clínico-administrativo del paciente. La situación se agrava ante la ausencia de procesos articuladores y flujos de comunicación definidos entre los prestadores, lo que deja al paciente "en medio" de distintas IPS, navegando solo entre dinámicas contractuales heterogéneas y sin un mecanismo efectivo que garantice continuidad y coherencia en su ruta de atención.

6.7 Cambio en la red de prestadores

Es frecuente que se presenten cambios en las IPS oncológicas dado por decisiones contractuales de las aseguradoras o del cierre de servicios por dificultades financieras de los aseguradores frente a los convenios contractuales con la red prestadora. Esta situación genera discontinuidad en los tratamientos en curso y afecta la estabilidad clínica de los pacientes. En la mayoría de los casos, no se realiza un proceso de empalme adecuado ni se comunica oportunamente a las IPS receptoras ni a los pacientes, lo que provoca desarticulación operativa, pérdida de información relevante y demoras significativas en la continuidad de la atención.

6.8 Autorizaciones

Este requerimiento administrativo, es sin duda uno de los mayores retos en la atención, dado que su demorada gestión en la mayoría de los casos afecta la continuidad, la oportunidad y la seguridad del paciente en su tránsito por la ruta de atención.

6.9 Casos incidentales:

Un punto crítico en la atención es la identificación de casos incidentales de cáncer de

pulmón, es decir, aquellos hallazgos inesperados que aparecen durante estudios solicitados por otros motivos clínicos. Estos casos representan una oportunidad clave para el diagnóstico temprano, pero también un riesgo significativo si no se reconocen y gestionan de manera adecuada.

Por ello, es fundamental que el personal clínico mantenga una alta sensibilidad diagnóstica, revise con rigurosidad los resultados de imágenes y valoraciones, y active de forma inmediata la vía clínico-administrativa cuando se identifiquen hallazgos sugestivos. La atención oportuna ante un hallazgo incidental evita retrasos, disminuye la variabilidad en la toma de decisiones y mejora la probabilidad de confirmar el diagnóstico en fases tempranas.

7. DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA IDENTIFIQUE, SOSPECHE, REMITA

Luego de identificar los puntos críticos del proceso, las brechas de variabilidad y demás hallazgos relevantes, el consenso construido entre los expertos y actores locales, sumado a la revisión documental realizada, permitió definir un conjunto de indicaciones operativas para la región. Para facilitar su adopción dentro de la gestión del riesgo, estas recomendaciones se organizan en tres momentos estratégicos, en concordancia con la metodología **Identifique, Sospeche y Remita**.

7.1 Paso 1. Identifique:

- Reconocer síntomas respiratorios persistentes o progresivos (tos >3 semanas, disnea, dolor torácico, hemoptisis).

Cualquier síntoma respiratorio que no se resuelve en el tiempo esperado o

que empeora debe considerarse alarma. La tos persistente (más de 3 semanas) y la hemoptisis, aun cuando sea mínima, son señales que requieren actuación inmediata. En la consulta, anota duración, evolución y relación con tratamientos previos.

- **Identificar factores de riesgo clave: tabaquismo, exposición ocupacional, contaminación, radón, antecedentes familiares.**

Interroga sistemáticamente sobre hábitos (paquetes-año), ocupación (asbesto, sílice, diésel), exposición doméstica (leña, radón) y antecedentes familiares de cáncer. Estos factores cambian el umbral de sospecha y la conducta diagnóstica (por ejemplo, priorizar TCBD en personas de alto riesgo).

- **Realizar anamnesis dirigida usando preguntas sobre: tiempo, progresión, cambios y asociación de síntomas.**

Estructura la entrevista con preguntas concretas: ¿desde cuándo? ¿ha aumentado la intensidad? ¿qué lo mejora o empeora?; para identificar patrones de alarma (progresión rápida, síntomas nuevos) frente a cuadros benignos autolimitados.

- **Priorizar pacientes con síntomas inexplicados que no responden a manejo convencional.**

Si un cuadro respiratorio tratado como infección o bronquitis no mejora con tratamiento adecuado, eleva la probabilidad de diagnóstico alternativo. Establece un umbral claro (por ejemplo: reevaluación a las 2-4 semanas) para decidir imágenes o remisión.

- **Registrar de manera completa la**

información clínica para seguimiento.

Documentar signos, factores de riesgo, resultados de pruebas y recomendaciones en la historia clínica electrónica o en el formato suministrado; esto facilita la trazabilidad y acelera derivaciones sin reprocesos.

- **Entender que la APS no requiere tecnología avanzada, sino alto nivel de sospecha clínica.**

La función básica y fundamental de la APS es identificar a quién debe someterse a estudios de segundo nivel. La capacitación en reconocimiento de signos, el uso de listas de verificación y algoritmos simples suele ser más determinante que el acceso inmediato a pruebas sofisticadas.

7.2 Paso 2. Sospeche:

- **Activar la sospecha clínica sin esperar signos avanzados cuando los síntomas persisten >3 semanas.**

La sospecha debe nacer de la combinación tiempo-síntoma; no debemos esperar hemoptisis o fracaso respiratorio para actuar. Un paciente con tos persistente + factor de riesgo merece evaluación adicional.

- **Considerar la sospecha basada en la combinación de síntomas + factores de riesgo.**

La presencia conjunta de factores de riesgo (por ejemplo, Índice paquetes año (IPA ≥ 20 paquetes-año) y síntomas leves aumenta la probabilidad pretest; en estos casos se justifica solicitar TCBD o remisión prioritaria según protocolos locales

- **Identificar signos de alarma: hemoptisis, pérdida de peso, disnea progresiva.**

Estos elementos elevan la prioridad de la ruta (remisión inmediata o en 24–48 h). Es necesario documentar su presencia y comunicarla explícitamente en la remisión para activar la priorización.

- **Reconocer patrones clínicos que orientan: infecciones respiratorias repetidas, síntomas que regresan o no resuelven.**

Episodios recurrentes de infección en el mismo territorio pulmonar o síntomas que "vuelven" tras tratamiento antibiótico sugieren evaluación estructurada (imagen y seguimiento).

- **Aplicar criterios prácticos de riesgo (historia de tabaquismo, paquetes-año).**

Calcula el índice paquetes-año en consulta (cig/día ÷ 20 × años). Umbrales (p. ej. ≥20–30) orientan hacia tamizaje o priorización diagnóstica, y son útiles para explicarle al paciente la necesidad de pruebas.

- **Entender que la sospecha temprana es el punto crítico que acorta el retraso diagnóstico.**

La activación precoz del circuito reduce la acumulación de demoras que llevan a estadios avanzados. Por eso la sospecha debe ser una decisión de bajo umbral en la atención primaria cuando existe riesgo o persistencia sintomática.

7.3 Paso 3. Remita:

- **Ordenar radiografía de tórax de manera inmediata ante sospecha razonable.**

La radiografía es la primera prueba accesible y orientadora. Debe pedirse sin dilación y con información clínica precisa; si la Rx es sugestiva o la sos-

pecha es alta, avanzar a TCBD sin demora.

- **Realizar remisión prioritaria hacia IPS con capacidad diagnóstica (neumología, radiología avanzada).**

La remisión debe incluir motivo explícito ("sospecha cáncer de pulmón"), historia breve, paquetes-año, imagen adjunta y tiempo de síntomas. Solicita que la cita sea prioritaria (48 h–15 días según gravedad) y deja claro el grado de urgencia.

- **No retrasar la remisión por manejo sintomático repetido.**

"Espera terapéutica" prolongada. Si hay sospecha, remite y maneja los síntomas simultáneamente; no postergues la evaluación definitiva a múltiples intentos de tratamiento empírico.

- **Coordinar con asegurador para garantizar oportunidad de cita e imagen.**

Activar los canales administrativos necesarios (MIPRES o el mecanismo local de autorización) y usa plantillas estandarizadas que reduzcan devoluciones por documentación incompleta. Si hay bloqueo administrativo, escalar a la línea directiva o a la coordinación territorial.

- **Asegurar trazabilidad del paciente: verificar asistencia, resultados y continuidad.**

Establece un mecanismo de seguimiento (llamada, mensaje, registro en agenda) para confirmar que el paciente asistió, que los resultados fueron recepcionados y que existe un plan de acción posterior. Esto evita pérdidas en la cadena.

- **Entregar educación clara al paciente sobre los pasos siguientes para mejorar adherencia.**

Informa al paciente sobre urgencia, exámenes necesarios, posibles tiempos y la importancia de no demorar citas o estudios. Un paciente informado cumple más y reduce pérdidas por inasistencia.

- **Entender que remitir no es derivar; es coordinar, verificar y asegurar continuidad del proceso.**

La remisión efectiva implica responsabilidad activa del emisor para garantizar que el paciente avance en la ruta; incluye seguimiento administrativo, apoyo en barreras de acceso (transporte, costos indirectos) y retroalimentación entre niveles.

8. VARIABILIDAD

De manera complementaria a los puntos críticos de la ruta (como aspectos que "enlentecen" el transitar del paciente), también se discutieron acerca de otros aspectos en el proceso de atención en donde el paciente pierde su continuidad (siguiendo la analogía, puntos de "desviación" de la ruta).

Estas potenciales pérdidas en la continuidad de la atención son fundamentales tenerlos en cuenta en la implementación de la ruta, 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:

Estas situaciones afectan la oportunidad, la continuidad y la articulación entre los actores involucrados, por lo que su abordaje resulta determinante para garantizar el cumplimiento de los estándares definidos en la vía de atención.

Las causas de variabilidad clínica descritas en la literatura para cáncer de pulmón se relacionan con:

1. El paciente, su comorbilidad, complicaciones, no consentimiento informado a la realización de una intervención o tratamiento.
2. La familia, rechazo de una intervención o prueba, retrasos por problemas familiares.
3. El personal clínico: Posible mala adherencia a guías y procedimientos, interpretación de situación clínica del enfermo.
4. La organización de la institución: no disponibilidad de recursos, no definición clara de procesos.
5. Suceso impredecible: Cambio de convenios, direccionamiento de la EPS

Para la identificación de los momentos críticos de variabilidad en la presente vía clínica, se evidenció que las principales diferencias dependen de condiciones clínicas complejas, factores del paciente y retos en el acceso a tecnologías diagnósticas y terapéuticas, especialmente durante la fase de confirmación diagnóstica y tratamiento. A continuación, se describen los escenarios que generan "desvíos" en la atención y, potencialmente, discontinuidad o desarticulación del proceso:

Manejo de comorbilidades respiratorias y cardiovasculares previas a procedimientos diagnósticos o quirúrgicos

En cáncer de pulmón, requiere realizar diagnóstico con otras patologías como EPOC, adicionalmente requiere tratar otras patologías crónicas como, insuficiencia cardíaca o enfermedad coronaria. La valoración prequirúrgica o reintervención requiere optimización por medicina interna o neumología, servicios que con frecuencia se encuentran por fuera de la IPS Oncológica o cuentan con disponibilidad limitada en la red contratada.

Esto genera tiempos prolongados entre la sospecha, el diagnóstico definitivo y la posibilidad de acceso a cirugía o procedimientos invasivos necesarios para estadiificación.

Factores de autocuidado, percepción de riesgo y adherencia del paciente

Se identifican circunstancias propias del paciente que influyen en la variabilidad de la vía clínica:

- Baja percepción del riesgo asociado a síntomas respiratorios persistentes (tos crónica, hemoptisis, disnea).
- Temor o rechazo a pruebas diagnósticas invasivas como la broncoscopia o biopsia pulmonar.
- Estrés y ansiedad asociados al diagnóstico de cáncer, mitos sobre quimioterapia, radioterapia o cirugía torácica.
- Retrasos para iniciar tratamiento debido a problemas de afrontamiento o falta de apoyo familiar.
- Adicionalmente, es necesario considerar a los pacientes que residen en zonas alejadas de la ciudad donde se brinda

el tratamiento, cuya limitada disponibilidad de transporte y capacidad de desplazamiento afecta de manera directa la adherencia y continuidad terapéutica.

Estas condiciones pueden prolongar la ruta diagnóstica y afectar la adherencia terapéutica.

Necesidad de fortalecer la capacidad resolutiva del nivel primario

Se identifican vacíos en la comprensión del continuo de la ruta del cáncer de pulmón en el nivel primario, particularmente en:

- Abordaje clínico del paciente respiratorio crónico.
- Solicitud oportuna de radiografía de tórax.
- Interpretación adecuada de signos de alarma y hallazgos radiológicos.
- Gestión eficiente para referencia hacia servicios complementarios y especializados.
- Ausencia de criterios homogéneos para la identificación y manejo, genera retrasos en la sospecha inicial y la transición entre niveles de atención.

Necesidad de contra remitir desde la IPS oncológica hacia el nivel primario.

- Necesidad de generar una remisión efectiva al nivel primario para la continuidad de las acciones de control de sus comorbilidades y las acciones a las que se requiera según la Res. 3280 de la Ruta de promoción y mantenimiento de la salud
- Falta de lineamientos claros para seguimiento longitudinal en el nivel primario.

- Escasa retroalimentación o entrenamiento previo a los equipos del nivel primario.

Esto genera acumulación de pacientes en el nivel especializado, saturación de servicios oncológicos y pérdida de oportunidad para pacientes que sí requieren seguimiento por especialistas.

Garantía del acceso y oportunidad en la atención:

Situaciones como la demoras en autorizaciones, cambio de prestadores oncológicos, fragmentación en las atenciones y no contar con un equipo de navegación para este tipo de neoplasia, evidencian la necesidad de estandarización de procesos para la atención a pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón.

9. IMPLEMENTACIÓN

La implementación de la vía clínico-administrativa para cáncer de pulmón se fundamenta en la capacidad de los actores del sistema (aseguradores, prestadores de primero, segundo y tercer nivel, centros oncológicos y redes complementarias) para operacionalizar, monitorear y consolidar los hitos de la ruta diagnóstica de manera articulada, oportuna y centrada en el paciente.

9.1 Identificación de recursos estratégicos

Esta línea se orienta a garantizar las condiciones habilitantes que permiten que la vía clínico-administrativa funcione de manera continua, ágil y sin barreras. Comprende recursos logísticos, financieros, humanos, tecnológicos y operativos, así como elementos de gestión del cambio y articulación institucional.

Es preciso entender que los recursos logísti-

cos varían según el nivel de atención de la institución; para este ejercicio haremos una identificación de los principales recursos logísticos para el primer nivel de atención y para el nivel de atención de mediana y alta.

9.2 Recursos financieros

Los recursos financieros corresponden al conjunto de fondos necesarios para garantizar la ejecución integral de la vía clínico-administrativa, asegurando la disponibilidad de infraestructura, talento humano, insumos diagnósticos y terapéuticos, sistemas de información, logística operativa y actividades administrativas requeridas para cumplir cada uno de los hitos definidos en la implementación.

Estos recursos permiten financiar desde la identificación temprana en el primer nivel –incluyendo capacitación, consultas, estudios iniciales, remisiones y gestión administrativa– hasta los procesos de alta complejidad asociados a confirmación diagnóstica, procedimientos especializados, interpretación de estudios, navegación oncológica e inicio de tratamiento, asegurando continuidad, oportunidad y sostenibilidad en la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón. Por lo anterior es primordial que tanto aseguradores como prestadores pacten mecanismos de contratación que reduzcan barreras administrativas tales como autorizaciones, que sean garantes de la continuidad de la prestación de los servicios y que mediante la definición de Notas técnicas acordes a la caracterización poblacional, se tengan en cuenta las tecnologías en salud y sus frecuencias de uso requeridas, lo que reduzca la negación de servicios o interrumpa la prestación que debe ser integral e integrada.

9.3 Recursos logísticos

9.3.1 Baja complejidad:

- Consultorios habilitados para atención de consulta externa y urgencias; disponibilidad de equipos de evaluación clínica (oxímetros, tensiómetros, estetoscopios, nebulizadores); acceso a servicios básicos de apoyo diagnóstico inicial (radiografía de tórax cuando).
- Procedimientos operativos para remisión prioritaria hacia radiología, neumología y servicios diagnósticos; rutas administrativas estandarizados para autorizaciones ágiles.
- Canales de comunicación directa con coordinadores de referencia, navegadores o gestores de caso de la EPS.
- Formularios de tamización respiratoria; Listas de chequeo de síntomas persistentes.
- Implementación y desarrollo de la estrategia 4x4.
- Historia clínica electrónica con capacidad para registrar síntomas persistentes, aplicar criterios de riesgo, generar alertas clínicas, documentar remisiones e interoperabilidad con EPS para seguimiento de estudios solicitados. Seguimiento a pacientes sospechosos no resueltos.
- Material educativo para personal clínico (guías rápidas, flujogramas Identifique, sospeche, remita); Carteles sobre criterios de sospecha. Seguimiento mediante equipo de navegación.

9.3.2 Alta complejidad:

Incluye la disponibilidad y capacidad operativa para ejecutar los hitos críticos de la vía:

- Agendamiento preferencial para pacientes priorizados (cohorte de riesgo).
- Canales de comunicación con el asegurador y la IPS primaria.
- Tomografía computarizada (TAC) de alta resolución.
- PET/CT (Tomografía por emisión de positrones) para estadificación
- Salas para biopsias guiadas por TAC o ecografía.
- Laboratorios de función pulmonar (espirometría, DLCO) cuando apoyan sospechas diferenciales.
- Servicios de: Neumología con agenda prioritaria para pacientes sospechosos; Radiología con disponibilidad de lectura prioritizada, especialmente en estudios sugestivos de neoplasia; Patología con capacidad de procesamiento rápido, Oncología clínica y cirugía de tórax para valoración y toma de decisiones interdisciplinarias.
- Recursos para biopsia y confirmación diagnóstica
- Capacidad resolutiva para el inicio del tratamiento; Servicios de oncología clínica y radioterapia con agenda prioritaria; Quimioterapia intramural con preparación centralizada de medicamentos; Cirugía de tórax con disponibilidad de sala quirúrgica para casos operables; Unidad de cuidados intermedios y UCI y servicios de manejo del dolor, equipo psicosocial y equipo de navegación.

9.4 Talento humano:

Para lograr la implementación de la vía clínico administrativa para cáncer de pulmón se

requiere contar con los perfiles descritos en la tabla de talento humano y adicionalmente lograr llevarlos a ejercer el liderazgo de las misma desde cada uno de sus roles, constituyendo así un eje transversal para asegurar la adecuada implementación de la vía clínico-administrativa, dado que la oportunidad diagnóstica en cáncer de pulmón depende directamente de la capacidad del personal para identificar, sospechar, remitir y resolver con eficiencia los hitos críticos de la ruta.

Para la baja complejidad se requiere fortalecer competencias clínicas, administrativas y de gestión, así como promover una cultura institucional orientada a la detección temprana y a la articulación entre los diferentes niveles de atención.

El empoderamiento en alta complejidad implica el compromiso de los equipos multidisciplinarios en el cumplimiento de metas de oportunidad diagnóstico-tratamiento, formulación, planeación, desarrollo y participación en comités de cáncer de pulmón, apropiación de la vía clínico-administrativa como herramienta de reducción de la variabilidad clínica y cultura de respuesta ágil ante hallazgos críticos, coordinación directa con niveles inferiores y aseguradores.

9.5 Sistemas de información integradas

Para la baja complejidad se requiere fortalecer competencias clínicas, administrativas y de gestión, así como promover una cultura institucional orientada a la detección temprana y a la articulación entre los diferentes niveles de atención.

El empoderamiento en alta complejidad implica el compromiso de los equipos multidisciplinarios en el cumplimiento de metas de oportunidad diagnóstico-tratamiento, formulación, planeación, desarrollo y participación en comités de cáncer de pulmón, apropiación de la vía clínico-administrativa

como herramienta de reducción de la variabilidad clínica y cultura de respuesta ágil ante hallazgos críticos, coordinación directa con niveles inferiores y aseguradores.

9.5.1 Baja complejidad

Para la baja complejidad es preciso contar con una historia clínica funcional, con campos estructurados para **identifique-sospeche- remita**, sistemas de alerta para pacientes que consultan repetidamente por síntomas respiratorios, sistema de referencia ágil, consulta y revisión de autorizaciones, citas y exámenes formulados y realizados. Para la baja complejidad será muy valioso establecer la cohorte de pacientes sospechosos, con exámenes pendientes que en comunicación efectiva con el asegurador se pueden navegar para llevar efectivamente al diagnóstico.

9.5.2 Alta complejidad

En las atenciones de alta complejidad que se contemplan dentro de la vía clínico administrativa para la ruta de cáncer de pulmón, es fundamental contar con una historia clínica que permita la integración de los resultados estudios de patología e imágenes de cada uno de los pacientes con sospecha, además de campos que permitan estructurar la estadificación del caso y el plan de tratamiento; además de permitir la consulta de autorizaciones, citas y exámenes pendientes y gestión de los casos mediante el seguimiento a los casos que permita la estimación de indicadores de monitoreo de la vía clínico administrativa para pacientes con sospecha o diagnóstico de Cáncer de Pulmón.

9.6 Protocolización y estandarización

Constituyen el núcleo operativo de la vía clínico-administrativa para cáncer de pulmón, permiten reducir la variabilidad clínica, asegurar la continuidad del proceso diagnóstico y garantizar que todos los actores del sistema ejecuten las intervenciones

bajo los mismos parámetros técnicos, tiempos y criterios de priorización. Este proceso es el que esta descrito en este documento y permite adaptar las capacidades de los diferentes niveles de atención según sus roles.

9.7 Sinergia y comunicación

Este apartado hace referencia al reconocimiento temprano del riesgo, activación de la ruta y la coordinación directa con los actores que corresponden según la vía clínico-administrativa para la atención a los pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón.

Para su implementación efectiva, es indispensable que el personal clínico reconozca y aplique la vía clínico-administrativa para pacientes con sospecha o diagnóstico de cáncer de pulmón. De igual forma, se requiere que los sistemas de información estén alineados con los lineamientos definidos, permitiendo el registro, seguimiento y trazabilidad de cada caso. A esto se suma el empoderamiento de los profesionales respecto a sus responsabilidades dentro de la ruta, garantizando coherencia operativa y fluidez en los procesos.

La articulación de estos elementos favorece una comunicación administrativa eficiente, necesaria para la gestión oportuna de atenciones, autorizaciones y remisiones. Adicionalmente, la comunicación permanente y estructurada con el asegurador es fundamental para priorizar casos, agilizar trámites por fuera de la IPS y generar sinergias con prestadores diagnósticos y tratantes, fortaleciendo así la coordinación en doble vía.

Finalmente, la comunicación con el paciente y su familia es un componente crítico para asegurar la identificación temprana, la sospecha clínica oportuna y la remisión adecuada, así como para promover la

adherencia a estudios confirmatorios y al tratamiento.

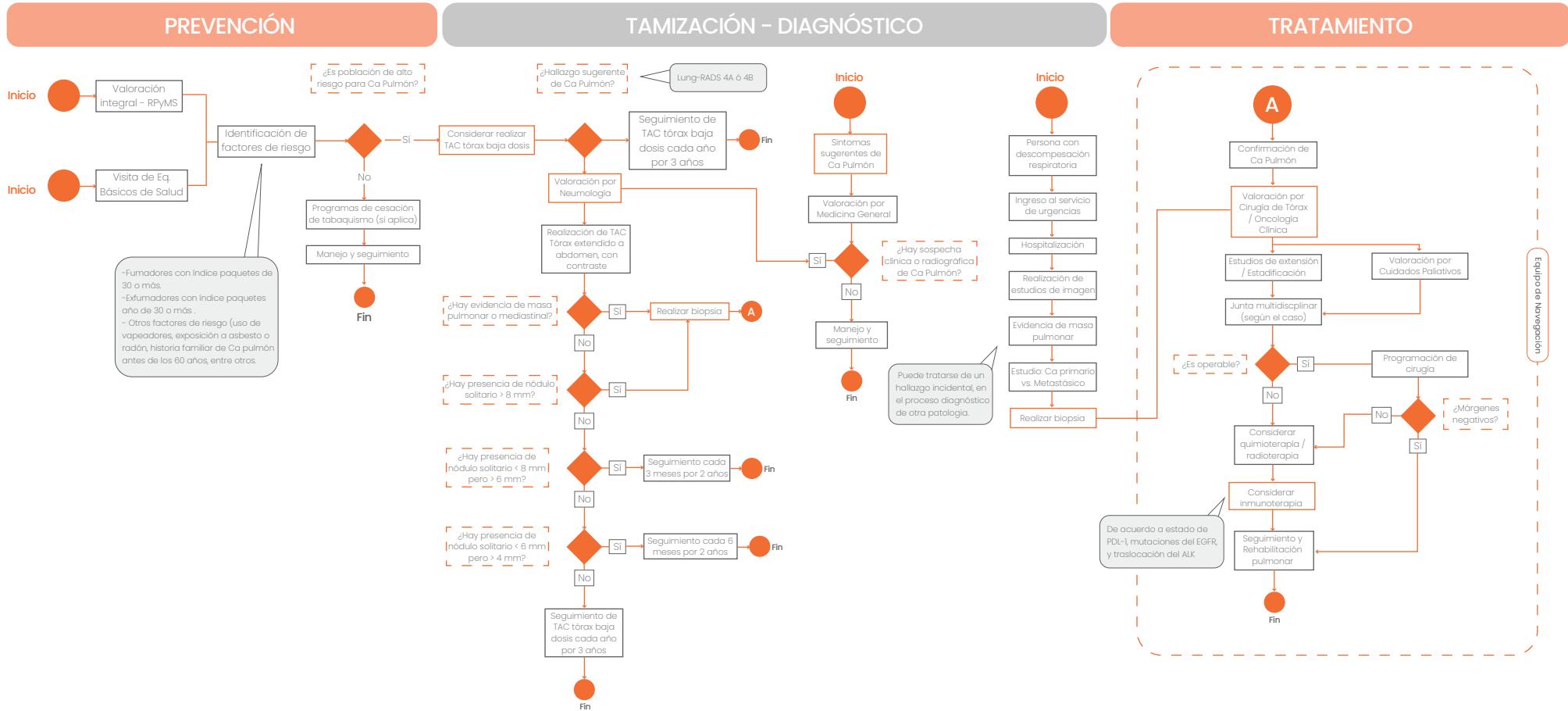
Para este apartado cobra relevante importancia, las estrategias de información, educación y comunicación, las cuales deben orientarse a proporcionar a los pacientes con sospecha, a los pacientes diagnosticados y a sus familias información precisa y comprensible sobre los factores de riesgo, la naturaleza de la enfermedad, los signos y síntomas de alarma, y las circunstancias en las que se debe buscar atención en los servicios de salud.

10. MONITORIO Y SEGUIMIENTO

Tomando como referencia los hitos anteriormente expuestos, se han propuesto algunos indicadores que pretenden ser un mecanismo para monitorear y evaluar la implementación de la ruta clínico-administrativa para cáncer de pulmón. Estos indicadores son los siguientes:

Tabla 11. Indicadores de la ruta

Fase	Momentos del proceso de atención (hitos)	Indicadores clave
Prevención	Identificación de factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de personas de la población general (o afiliada a una EAPB) con tabaquismo activo. Porcentaje de personas de la población general (o afiliada a una EAPB) consumidores de productos sucedáneos e imitadores de productos de tabaco.
Tamización y diagnóstico	Tamización	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de personas tamizadas con TAC de tórax de baja dosis. Oportunidad de diagnóstico (tiempo entre la tamización alterada y el reporte de histopatología). Proporción de pacientes con Ca pulmón diagnosticados en estadios tempranos (IA, IB, IIA, IIB)
	Realización de biopsia	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad entre el reporte de patología y primera consulta con MD Especialista en IPS Oncológico
Tratamiento	Valoración por Cirugía de Tórax / Oncología Clínica	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de pacientes en estadio temprano llevados a cirugía con intención curativa. Oportunidad de inicio de tratamiento (sea cirugía, quimioterapia o radioterapia). Proporción de persona atendidas por grupo multidisciplinario para definir tratamiento.
	Aplicación de inmunoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Proporción de personas con Ca pulmón con tratamiento de inmunoterapia. Tasa de mortalidad por Ca pulmón. Supervivencia a 1, 2 y 5 años en personas con Ca pulmón.



CONCLUSIONES

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

- La ruta 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 pulmón.
- La ruta clínico-administrativa es altamente dependiente de la gestión administrativa de la EPS, en lo relacionado con la detección oportuna (fase de tamización y diagnóstico). 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 ruta. Todo esfuerzo encaminado en este punto facilitará la implementación de la ruta clínico-administrativa.
- La ruta clínico-administrativa identifica puntos críticos (hitos) que, ante su potencial de afectar el desempeño global de la misma, se deben anticipar y gestionar durante el seguimiento y evaluación de la ruta.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Agency for Research on Cancer. Trachea, bronchus and lung cancers – GLOBOCAN 2022 fact sheet [Internet]. Lyon: IARC; 2024 [cited 2025 Nov 17]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancer-s/15-trachea-bronchus-and-lung-fact-sheet.pdf>
2. 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.
3. 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.
4. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 1998;316:133–7.
5. aarc DJP. Translating Evidence Into Practice. RESPIRATORY CARE. 2009;54(10).
6. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, Falcón-Hernández A, Fábregas-Lozano 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.
7. 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.
8. Löhr K, Weinhardt M, Sieber S. The “World Café” as a Participatory Method for Collecting Qualitative Data. International Journal of Qualitative Methods. 1 de enero de 2020;19:1609406920916976.
9. 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.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón [Internet]. 2014 [citado 16 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-cancer-pulmon-profesionales.pdf>
11. Thai AA, Solomon BJ, Sequist LV, Gainor JF, Heist RS. Lung cancer. The Lancet. 2021;398(10299):535–54.
12. Khuri F. Lung cancer and other pulmonary neoplasms. En: Goldman Cecil Internal Medicine. 27.a ed. Elsevier; 2024.

VIA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN
CÁNCER DE PULMÓN



@ProPacíficoorg



www.ProPacífico.org