



# VÍA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE OVARIO

## 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

**Francisco Escobar Aguilón,**

MD, MSP Consultor - ProPacífico

## EXPERTOS TEMÁTICOS

**Dr. Javier Burbano**

Médico Gineco oncólogo

## ASESORES METODOLÓGICO

**Francisco Escobar Aguilón,**

MD, MSP. Consultor - ProPacífico

**Steven González**

Sociólogo. Consultor ProPacífico

**VIA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN  
CÁNCER DE OVARIO**

## 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 Ovario, 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**
- **Clínica Nuestra**
- **Clínica Imbanaco – Quirónsalud**
- **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

## TABLA DE CONTENIDO

<b>SIGLAS</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>1. ALCANCE</b> .....	10
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	10
2.1 Objetivo general .....	10
2.2 Objetivos específicos .....	10
<b>3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE OVARIO</b> .....	11
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	12
4.1 Vinculación y alistamiento .....	13
4.2 Identificación de oportunidades .....	14
4.3 Focalización del riesgo .....	17
4.4 Diagnóstico del rendimiento del proceso actual de atención .....	17
4.4.1 Barreras y facilitadores en las fases del proceso de atención .....	18
4.4.2 Experiencias en el proceso de atención de pacientes con cáncer de ovario .....	20
<b>5. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE OVARIO</b> .....	22
5.1 Secuencia temporal de la ruta .....	22
5.2 Listado de actores o perfiles de la Ruta .....	22
5.3 Matriz de intervenciones de la Ruta .....	25
<b>6. PUNTOS CRÍTICOS (HITOS DE LA RUTA)</b> .....	33
6.1 Educación sobre Cáncer de Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugereentes .....	34
6.2 Solicitud de la ecografía pélvica transvaginal .....	35
6.3 Aplicación de IOTA ADNEX SCORE / O-RADS .....	35
6.4 Remisión a Ginecología Oncológica con estudios complementarios .....	36
6.5 Programación de cirugía .....	36
6.6 Valoración por genética médica .....	36
6.7 Fragmentación de la atención .....	37
6.8 Cambio en la red de prestadores .....	37
6.9 Autorizaciones .....	37
<b>7. VARIABILIDAD</b> .....	37
Variabilidad asociada al paciente .....	38
Variabilidad asociada a la familia o red de apoyo .....	38
Variabilidad asociada al talento humano en salud .....	38
Variabilidad asociada a la organización de los servicios .....	38
Variabilidad asociada a factores externos o impredecibles .....	38

## TABLA DE CONTENIDO

8. MONITOREO Y SEGUIMIENTO .....	39
FLUJOGRAMA .....	41
CONCLUSIONES .....	42
REFERENCIAS .....	43

## **SIGLAS**

<b>EPS</b>	Entidad Promotora de Salud
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>MD</b>	Médico, Médica
<b>RIPS</b>	Registro de Prestación de servicios de salud
<b>PGP</b>	Pago Global Prospectivo
<b>PyMS</b>	Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

## INTRODUCCIÓN

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 (2). 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 (3).

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 (3,4).

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 (5).

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

Las vías clínicas tienen por objetivos (4):

- Facilitar la introducción de guías y su seguimiento en la práctica clínica.
- Mejorar la comunicación multidisciplinar 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.

## INTRODUCCIÓN

Estos objetivos se logran a través del diseño, consensado y validado, de una matriz de intervenciones (o matriz de tareas – tiempo), en la que están consignados (4,6,7):

- 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 (6,7), 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.

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 Ovario.

## 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 ovario, 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 vía clínico-administrativa para el proceso de atención de mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de ovario, 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 ovario.
- Elaborar de la matriz de intervenciones para sospecha y diagnóstico de cáncer de ovario, a partir del consenso y validación de los expertos locales.
- Identificación de los puntos críticos y de variabilidad del proceso de atención clínico-administrativa.

### 3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER DE OVARIO

El cáncer de ovario constituye un problema relevante de salud pública a nivel global, regional y nacional, debido a su elevada letalidad y a las dificultades persistentes para lograr un diagnóstico oportuno. Esta neoplasia se origina en los tejidos de los ovarios, glándulas responsables de la producción de óvulos y de hormonas reproductivas femeninas como el estrógeno y la progesterona. Aproximadamente el 90 % de los casos corresponden a carcinomas epiteliales, que representan la forma histológica más frecuente de la enfermedad.

En América Latina, el cáncer de ovario se ubica entre los principales cánceres que afectan a las mujeres, con una incidencia estimada de 12,9 casos por cada 100.000 mujeres. Asimismo, ocupa el noveno lugar como causa de mortalidad por cáncer en la región, lo que evidencia su impacto significativo en la carga de enfermedad y en los desenlaces adversos asociados, particularmente cuando el diagnóstico se realiza en fases avanzadas.

En Colombia, el comportamiento epidemiológico es consistente con el observado a nivel regional. Las estimaciones nacionales reportan tasas de incidencia que oscilan entre 6,7 y 8,7 casos por cada 100.000 mujeres, con un registro aproximado de 800 muertes anuales. La tasa de mortalidad, estimada en 4,1 por 100.000 mujeres, refleja una elevada proporción de muertes en relación con los casos diagnosticados, lo que sugiere un acceso tardío al diagnóstico y al tratamiento oportuno. Para Cali, según el registro poblacional de cáncer de Cali, en la población femenina esta neoplasia es la novena más frecuente, con una tasa ajustada de 6,1 x 100000 mujeres, se estima una

tasa de 4,6 x 100000 mujeres.

Desde el punto de vista clínico, el cáncer de ovario se caracteriza por un curso insidioso y una sintomatología inespecífica en sus etapas iniciales, lo que dificulta su identificación temprana. De acuerdo con la clasificación de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), la supervivencia a cinco años es considerablemente mayor cuando el diagnóstico se realiza en estadios tempranos; sin embargo, una alta proporción de las pacientes es diagnosticada en estadios avanzados (III y IV), en los cuales el riesgo de mortalidad es significativamente más elevado y las opciones terapéuticas son más limitadas.

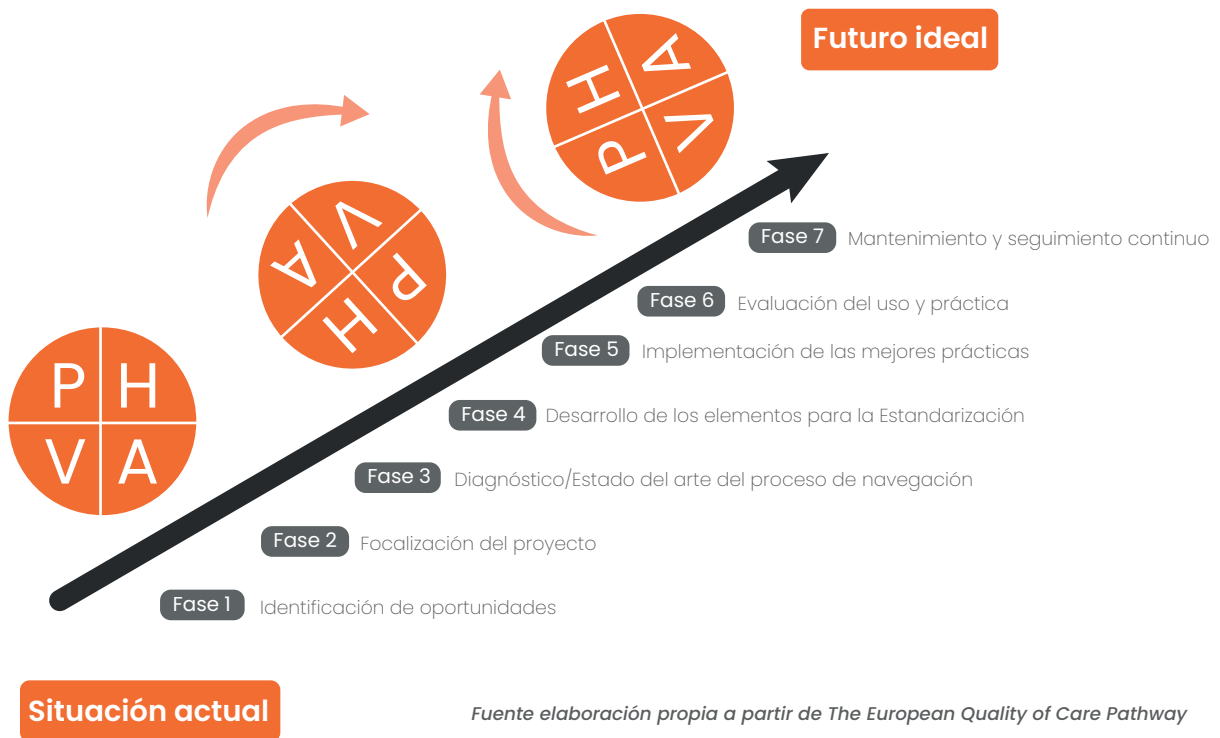
En el país, la información reportada por la Cuenta de Alto Costo ha evidenciado de manera reiterada que las mujeres con cáncer de ovario enfrentan trayectorias de atención fragmentadas, demoras en el acceso al diagnóstico especializado y brechas en la continuidad del cuidado. Estas barreras estructurales y operativas del sistema de salud inciden de forma directa en la supervivencia, la calidad de vida y los resultados clínicos de las pacientes.

En este contexto, se hace evidente la necesidad de fortalecer la respuesta del sistema de salud mediante la estandarización de procesos clínicos y administrativos, así como la articulación efectiva entre los diferentes niveles de atención. En particular, resulta prioritario contar con una Vía Clínico-Administrativa específica para el cáncer de ovario, que oriente de manera clara y homogénea la actuación de los profesionales de la salud, reduzca los tiempos entre la sospecha clínica, la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento, y garantice una atención oportuna, integral y centrada en las necesidades de las mujeres con sospecha o diagnóstico confirmado de esta patología.

## 4. METODOLOGÍA

La elaboración de la presente Vía Clínico-Administrativa para Cáncer de Ovario se llevó a cabo utilizando la metodología estructurada propuesta por The European Quality of Care Pathways (EQCP). Esta metodología es ampliamente reconocida a nivel internacional, guía el diseño, validación e implementación de vías clínicas multidisciplinares 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 multidisciplinares y el análisis detallado de los flujos clínicos y administrativos involucrados en la atención del paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer ovario. 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 ovario, se convocaron expertos locales procedentes de diferentes actores e instituciones del sector salud, que se listan a continuación:

- Especialista en ginecología.
- Especialista en gineco-oncología.
- 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 (8), 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 flujograma 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 ovario. Paralelamente, se realizaron jornadas de análisis con especialistas en ginecología y oncología, orientadas a revisar de manera detallada los puntos críticos del proceso asistencial. Estos espacios facilitaron la identificación de aportes técnicos clave, derivados de la experiencia práctica de los participantes, los cuales sirvieron de base para la construcción de recomendaciones técnicas sólidas, dirigidas a mejorar la estructura de la vía y a fortalecer la calidad y oportunidad de la atención a los pacientes, en coherencia con el contexto territorial.

### 4.2 Identificación de oportunidades

Con el propósito de comprender la dinámica de las percepciones de las pacientes con cáncer de ovario, se inició el proceso mediante la revisión de los mecanismos formales de comunicación de los usuarios, particularmente las PQRS. Para ello, se realizó una búsqueda de documentos y reportes que analizaran este tipo de solicitudes. En esta revisión se identificó que, en el último informe global de PQRSF publicado por el Instituto Nacional de Cancerología (INC), correspondiente al tercer trimestre de 2020, donde se identificaron 88 quejas, distribuidas así por el tipo de servicio al que se referencio en la queja. El 22% (19 quejas) de las quejas se relacionada con el servicio de enfermería, le sigue facturación con el

18% (n:16) y Gaica con el 15% (n=13).

Para el tipo causa de requerimiento Queja se presentan 88 requerimientos con el Atributo de calidad más alto correspondiente a Servicio (Información) 33% (29 requerimientos); Oportunidad en la atención (Demora en la atención); 31% (27 requerimientos); Calidad en la atención (Trato y amabilidad); 25% (22 requerimientos) seguido de Oportunidad 2% (2 requerimientos); Perdida de Prótesis 1% (1 requerimiento), Mala atención 1% (1 requerimiento), Perdida dinero 1% (1 requerimiento), Hoteleería 1% (1 requerimiento), Perdida de Elementos 1% (1 requerimiento).

Por su parte en lo que corresponde a Cali, con el objetivo de profundizar en las percepciones y experiencias de las pacientes con cáncer de ovario frente al acceso y calidad de los servicios, se realizó una revisión de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) registradas en el Servicio de Atención a la Comunidad de la Secretaría de Salud de Cali. Este análisis constituye un insumo clave para reconocer patrones de insatisfacción y barreras operativas dentro de la ruta de atención.

Entre enero y septiembre de 2025, se registraron 49 PQRS correspondientes a mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario. Del total, el 59,2% pertenecía al régimen contributivo, el 36,7% al régimen subsidiado y el 4,1% correspondía a población pobre no asegurada, situación que muestra que las dificultades se presentan en todos los regímenes de afiliación, lo que podría entenderse como dinámicas relacionadas a situaciones de tipo estructural del actual Sistema de salud, que afectan a mujeres aseguradas, y otras en mayor vulnerabilidad social.

Según el servicio en el que las pacientes se encuentran, 7 están hospitalizadas, lo que corresponde al 14,3%; 2% en el servicio de urgencias y el 83,7% se encuentra en aten-

ción ambulatoria. Este patrón indica que la mayoría de las inconformidades se originan en procesos del cuidado ambulatorio, etapa que corresponde al seguimiento y continuidad del tratamiento oncológico. Las quejas según grupo de edad se acumulan, el 60% en mujeres entre 50 a 64 años, este hallazgo evidencia la necesidad de fortalecer las intervenciones diferenciales, educativas y de gestión del riesgo dirigidas a mujeres en esta etapa de vida.

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

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Régimen de afiliación	Contributivo	29	59,2
	Especial	4	4,1
	Subsidiado	18	36,7
Ubicación paciente	Ambulatorio	34	64,15
	Hospitalizado	17	32,08
	Urgencias	2	3,77
Grupo de edad	20 a 24	2	4,1
	25 a 29	1	2,0
	30 a 34	1	2,0
	40 a 44	1	2,0
	50 a 54	10	20,4
	55 a 59	11	22,4
	60 a 64	9	18,4
	65 a 69	5	10,2
	70 a 74	2	4,1
	Mas de 80	2	4,1
SD	5	10,2	
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Fuente: SAC Secretaría de Salud de Cali

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

Variable	Categoría	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
Motivo de la queja	Acceso	34	69,4
	Administrativas	9	18,4
	Diagnóstico y pruebas	3	6,1
	Medicamentos	3	6,1

**Fuente:** SAC Secretaría de Salud de Cali

Por cada 10 quejas interpuestas ante el servicio de atención a la comunidad por pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario hasta el mes de septiembre del año 2025, 7 corresponden a quejas que se relacionan con acceso, la concentración de quejas asociadas al acceso revela que las principales barreras no se encuentran únicamente en la prestación clínica, sino en los procesos administrativos que condicionan la oportunidad de atención.

Las quejas relacionadas con tramites administrativas que hacen referencia a autorizaciones para procedimientos, representa el 18,4% del total de quejas notificadas, evidenciando la carga burocrática que recae sobre las pacientes, quienes deben gestionar múltiples autorizaciones o solicitudes en un sistema fragmentado. Las quejas relacionadas con diagnóstico, pruebas y medicamentos, aunque menos frecuentes, siguen siendo relevantes dado que pueden generar retrasos en la confirmación diagnóstica o en el inicio de tratamientos vitales.

El grupo focal evidenció que el cáncer de ovario enfrenta profundas brechas estructurales, logísticas y humanas. Su mayor desafío radica en la ausencia de herramientas de detección temprana: no existe un tamizaje estandarizado y los síntomas iniciales

—como el dolor pélvico— son difusos, lo que retrasa la sospecha clínica y hace que las pacientes “casi siempre lleguen tarde”, en etapas avanzadas de la enfermedad.

Las barreras institucionales más críticas incluyen las demoras en las autorizaciones de las EPS, que pueden extenderse hasta 20 días hábiles, y la fragmentación de la atención, que obliga a las pacientes a desplazarse entre distintas IPS, perdiendo seguimiento e información. A ello se suman las dificultades de acceso geográfico para quienes viven en zonas rurales, la falta de recursos humanos suficientes, y la precariedad del rol de navegación, que se ejerce “muy empíricamente” y sin respaldo normativo ni financiación adecuada.

En el plano cultural y emocional, los profesionales señalaron la persistencia de creencias y prácticas tradicionales que sustituyen el tratamiento médico por remedios caseros o rituales que “brindan esperanza”. La comunicación médica deficiente también genera deserción: un abordaje poco empático —como informar de manera cruel el pronóstico— puede llevar a que la paciente abandone el tratamiento. Estas situaciones se agrava-

van por la escasez de apoyo psicosocial, con apenas un psicólogo y un trabajador social para miles de pacientes.

No obstante, se identificaron fortalezas relevantes, entre ellas el impacto positivo de la navegación oncológica como puente entre EPS e IPS, la mejora de los indicadores en instituciones con modelos de contratación integrados (PGP o PIP) y el compromiso del personal, sintetizado en la frase “no acepto no como respuesta”.

### 4.3 Focalización y gestión

Con el fin de orientar la focalización y priorización de los esfuerzos dentro del proceso de atención, se desarrollaron dos talleres presenciales con la participación de representantes de distintos actores del sistema, incluidos aseguradores, prestadores de servicios primarios y complementarios, así como secretarías de salud. A través de la aplicación de la metodología definida, estos espacios facilitaron un ejercicio de discusión estructurada que permitió consolidar insumos clave, los cuales sirvieron de base para la construcción progresiva 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 técni-

cos 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 ovario.

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: ¿Que 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 del 3 de octubre, se revisaron los componentes clave de la ruta, incluyendo los procesos de educación sobre signos y síntomas de alarma, solicitud de ecografía pélvica transvaginal, aplicación de IOTAS, remisión a ginecología, programación de cirugía, valoración por genética médica. 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 ovario se aplicó una metodología cualitativa y descriptiva que integró tres componentes: grupo focal con profesiona-

les 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 ovario 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 Secretaria de salud de Cali.

#### 4.4.1 Barreras y facilitadores en las fases del proceso de atención

En el marco de cualquier intervención en salud pública, resulta fundamental prever los factores que pueden incidir positiva o negativamente en su ejecución, con el fin de asegurar una implementación adecuada (8). En este contexto, se desarrolló un ejercicio con expertos locales orientado a identificar los principales facilitadores y barreras de la ruta, analizando su impacto a lo largo de las distintas etapas del proceso de atención.

Las barreras se refieren a aquellos factores —ya sean estructurales, normativos, operativos, de recursos o procedimentales— que, de manera explícita o implícita, dificultan el acceso, limitan la continuidad o interfieren con el logro de los objetivos planteados. En contraste, los facilitadores corresponden a condiciones, herramientas, capacidades o actores que favorecen la comprensión del proceso, apoyan la articulación entre los involucrados y contribuyen al cumplimiento de los objetivos comunes. Los hallazgos de este análisis se presentan en las tablas siguientes.

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

Fase	Barreras	Facilitadores
Prevenición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconocimiento de los factores de riesgo para cáncer de ovario.</li> <li>• No es un tema prioritario en salud pública.</li> <li>• No se incluye en las actividades educativas sobre prevención del cáncer de la mujer (énfasis exclusivo en mama y cuello uterino).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia en comunicar sobre el cáncer de la mujer.</li> <li>• Iniciativas encaminadas a poner en la agenda el tema de cáncer de ovario.</li> </ul>
Sospecha Detección precoz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de acceso a medicina general o ginecología en la IPS primaria.</li> <li>• Desconocimiento de la presentación clínica del cáncer de ovario.</li> <li>• Falta de estandarización del reporte de la ecografía pélvica transvaginal.</li> <li>• Falta de articulación entre los servicios ambulatorios con los hospitalario (varios casos se sospechan por una internación) se sospechan por una internación)</li> <li>• Mitos y creencias relacionadas con la sexualidad y la falta de búsqueda de atención médica.</li> <li>• Fenómeno de conspiración del silencio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a cursos de autoformación en para la detección temprana y precoz del cáncer (si bien está la percepción de que no hay sobre cáncer de ovario).</li> <li>• Propuesta del IOTAS score como método de uso en el nivel primario de atención.</li> </ul>

Fase	Barreras	Facilitadores
<p><b>Sospecha Detección precoz</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentación: IPS diferentes para la tamización, para la imagenología, la valoración por especialista, para la toma de biopsia, y para el laboratorio de patología.</li> <li>• Ausencia de modelos contractuales que permitan mayor autogestión por parte de las IPS y reduzcan las barreras de acceso y fragmentación.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes.</li> <li>• Falta de un mecanismo operativo de coordinación que asegure continuidad y oportunidad en el tránsito del paciente a lo largo de la ruta diagnóstica.</li> <li>• Ausencia de un modelo institucionalizado de navegación oncológica en las aseguradoras y algunas IPS.</li> <li>• Ausencia de sistemas de información integrados que permitan la trazabilidad del paciente, lo que se traduce en flujos de información inconsistentes.</li> </ul>	
<p><b>Diagnóstico y tratamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitaciones para acceder al especialista en ginecología oncológica.</li> <li>• Fragmentación de la atención, relacionada con forma de contratación (PGP "solo desde el diagnóstico y no desde la sospecha") o confirmación de la red de prestadores por parte de la EPS (cirugía en una IPS diferente a la del laboratorio, y diferente a la IPS de oncología).</li> <li>• Asociación del diagnóstico con la muerte temprana.</li> <li>• No hay una estandarización en el seguimiento de las paciente (riesgo de recaída) Trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud.</li> <li>• Desabastecimiento de medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a nuevas tecnologías.</li> <li>• Incremento de las capacidades tanto tecnológicas como del talento humano en torno al manejo integral del cáncer (ej. Estrategia de navegación).</li> <li>• Iniciativa de algunas EPS de mecanismos de pago prospectivos (ej. PGP) que incluyen tantos pacientes con diagnóstico como la sospecha.</li> </ul>

Fase	Barreras	Facilitadores
Diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barreras geográficas (ej. necesidad de transporte) para garantizar la oportunidad y continuidad de la atención.</li> </ul>	

#### 4.4.2 Experiencias en el proceso de atención de pacientes con cáncer de ovario.

En este segmento a partir del relato de dos pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario, 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.

Entrevista a mujer con diagnóstico de cáncer de ovario (49 años).

- Sintomatología y diagnóstico**

En un encuentro con paciente con cáncer de ovario nos relata que los síntomas comenzaron varios años antes de recibir el diagnóstico formal. “El ovario me empezó a molestar dos o tres años antes”, recuerda. El hallazgo del cáncer fue incidental, mientras se preparaba para una cirugía de vesícula: “Antes de llegar a la vesícula me encontraron el tumor”.

El médico que la atendió le explicó que el cáncer había estado presente “por lo menos unos tres años atrás”, y que en lugar de un solo tumor “tenía siete”. En palabras de otro profesional, “date por bien servida de que tuviste un hijo, porque el cáncer de ovario esteriliza a la mujer muchos años atrás”.

- Sintomatología y diagnóstico**

El acceso a tratamientos, especialmente los paliativos y de control del dolor, ha sido

difícil. En su caso, el manejo del dolor ha sido limitado y solitario. “A veces prefiero aguantármelos —dice—, esos dolores ya me los aguanto”. Durante los procedimientos de paracentesis prefiere retrasar la aplicación de morfina: “Espero por ahí una horita, porque en dos horas me pasan la anestesia”. Moverse también le resulta doloroso, y lo hace “estando sola”. Ha sido difícil, porque con estos dolores y muchas veces me han preguntado si realmente necesito la morfina.

- Experiencia con las instituciones de salud**

Ella describe su relación con las instituciones de salud como marcada por la negligencia, el maltrato y la deshumanización. Durante una emergencia en la que empezó a sangrar profusamente, una amiga pidió ayuda al personal de enfermería, pero le respondieron: “Ah, no, ella no es paciente, no me corresponde a mí”. Solo después de insistir con la jefa de enfermeras logró recibir atención. “¿Cómo me va a decir usted que no puedan?”, recuerda haber reclamado.

También relata un episodio de violencia verbal por parte de un médico: “Acepté operarme con el doctor M, aunque me dijo que era el único que me iba a operar de la vesícula”.

A estos hechos se suman molestias cotidianas que contribuyen al malestar emocional: “El vigilante todo el gran día llama por ese

parlante, hasta la madre del...”, dice, refiriéndose al ruido constante y al trato poco empático del entorno hospitalario. En cuanto al apoyo psicológico, Diana es enfática: “La ayuda psicológica es vital en este proceso, pero falta mucho en eso”

Frente a la pregunta si había interpuesto alguna queja ante estos tratos refirió: “Es mejor no poner quejas y quedarse callado porque después uno se las gana”.

- **Comunicación médica y trato profesional**

Aunque no recuerda con precisión cómo se le comunicó el diagnóstico, sí conserva frases de alto impacto emocional, como la mencionada anteriormente: “Date por bien servida de que tuviste un hijo”. Este tipo de comentarios, junto con el maltrato posterior de algunos profesionales, marcan su percepción de una atención poco empática y carente de sensibilidad humana.

- **Redes de apoyo y acompañamiento**

Refiere que ha contado principalmente con el apoyo de amigas cercanas. “Cuando desperté de la cirugía vi a Blanca, mi gran amor”, dice con gratitud. Esta amiga la acompañó en varios momentos críticos, incluyendo el episodio de sangrado. También menciona a una prima y otra amiga que la apoyaron.

Sin embargo, afirma que no ha recibido apoyo familiar: “Por familia mía, pues no”. En la mayoría de los casos, enfrenta el dolor, los trámites y la movilidad “estando sola”.

- **Acceso a acompañamiento o navegación**

Refiere que ha contado principalmente con el apoyo de amigas cercanas. “Cuando desperté de la cirugía vi a Blanca, mi gran amor”, dice con gratitud. Esta amiga la

acompañó en varios momentos críticos, incluyendo el episodio de sangrado. También menciona a una prima y otra amiga que la apoyaron.

Sin embargo, afirma que no ha recibido apoyo familiar: “Por familia mía, pues no”. En la mayoría de los casos, enfrenta el dolor, los trámites y la movilidad “estando sola”.

- **Recomendaciones y reflexiones personales**

Desde su experiencia, formula varias propuestas de mejora:

1. Fortalecer el apoyo psicológico, tanto para pacientes como para el personal de salud: “Es vital en este proceso y falta mucho en eso”.
2. Implementar la figura de un navegador, para reducir el tiempo perdido en trámites y orientar al paciente dentro del sistema.
3. Garantizar el acceso a cuidados paliativos, recordando que estos no deberían negarse bajo ningún motivo.
4. Promover la participación del paciente, en sus palabras: “Tenemos que entrar y hacernos responsables; si me duele, me agunto mi dolor o lo que me mate”.
5. Fomentar una atención verdaderamente humanizada, en la que el personal no responda con frases como “no me corresponde a mí” frente a emergencias, y se erradique el maltrato verbal y la indiferencia

- **Conclusión**

La historia de esta paciente revela una vivencia marcada por la resiliencia, la soledad y la búsqueda constante de dignidad dentro del sistema de salud. Su testimonio refleja la necesidad urgente de una atención más humana, empática y articulada, donde los cuidados paliativos, el acompañamiento psicológico y la figura del navegador sean pilares efectivos de la ruta de atención oncológica.

## 5. DESARROLLO DE LA VÍA CLÍNICO ADMINISTRATIVA EN CÁNCER DE OVARIO.

### 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 ovario. 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 ovario.

Fase	Momentos del proceso de atención
Prevención	Identificación y manejo de factores de riesgo
	Educación sobre Ca Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugerentes
Sospecha Detección precoz	Valoración por Medicina General
	Identificación de masa anexial
	Valoración por Ginecología
Diagnóstico y tratamiento	Valoración por Ginecología Oncológica
	Valoración por Cuidados Paliativos
	Programación de Cirugía
	Control por Ginecología Oncológica
	Valoración por Oncología Clínica Junta multidisciplinar
	Aplicación de quimioterapia
	Valoración por Genética médica

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.
Médico(a) general / Médicos en servicios social obligatorio	<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 t	Profesional de la salud que hace parte de la IPS primaria, con un alcance amplio, transversal a los diferentes momentos del proceso de atención de sospecha y diagnóstico en Ca ovario. Como profesional experto en brindar cuidados, se le atribuye un papel clave en aspectos educativos.
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 ovario. Especialmente relevante en la valoración de la red de apoyo y situación socioeconómica.
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 ovario. Especialmente relevante para brindar herramientas de afrontamiento.
Laboratorio	Conjunto de profesionales de la salud encargados del procesamiento de muestras y su reporte. De especial relevancia para emitir alerta en caso de marcadores tumorales elevados, o realización de estudios genéticos.
Especialista en Ginecología	Especialista médico. Es el profesional en el que, actualmente, se hace el diagnóstico de alta probabilidad de Cáncer de ovario, y quien remite a la especialidad de Gineco-oncología. En esta ruta, se visualiza como un actor complementario, ya que se propone abreviar el acceso a Gineco-oncología desde el reporte de la ecografía (si hay características de malignidad únicamente). También es el encargado de realizar el estudio de ecografía pélvica transvaginal (en algunos casos, según disposición de la red por parte de la EPS)
Especialista en radiología e imágenes	Especialista médico. Encargado de realizar el estudio de ecografía pélvica transvaginal (en algunos casos, según disposición de la red por parte de la EPS), así como el reporte de estudios complementarios (fase de estadificación).
EPS - gestor de riesgo	Actor cuya función está enmarcada en facilitar el acceso, continuidad, integralidad y coordinación en el proceso de atención de las personas con sospecha o con diagnóstico de cáncer de ovario.

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Rol o alcance de la ruta
<b>Secretaría de salud (distrital, departamental)</b>	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 prevención de la enfermedad y sensibilización de la población general para el diagnóstico precoz.
<b>Líderes comunitarios (incluye líderes de población indígena)</b>	Actores del entorno comunitario de la paciente. Se visualizan como facilitadores para las acciones educativas y de fomento de la búsqueda de servicios de salud en mujeres con síntomas.
<b>Especialista en Ginecología Oncológica</b>	Profesional de la salud especializado. Perfil esencial para el diagnóstico de Ca ovario, considerando que el diagnóstico definitivo, en la mayoría de los casos, se realiza durante el acto quirúrgico (si la paciente es candidata a este manejo).
<b>Especialista en Patología</b>	Profesional de la salud especializado. Es un perfil fundamental, ya que se encarga de realizar el diagnóstico de cáncer de ovario, tanto en el acto quirúrgico (patología por congelación) como en el reporte histopatológico y de inmunohistoquímica.
<b>Especialista en Oncología clínica</b>	Profesional de la salud especializado. Perfil que se encarga de elaborar el plan de manejo con quimioterapia e inmunoterapia, incluyendo la posibilidad de uso de terapia dirigida.
<b>Especialista en Genética</b>	Profesional de la salud especializado. Perfil que se encarga de elaborar valorar el riesgo genético de la paciente (para predecir recurrencia u otro tipo de cáncer) y para consejería genética (familiares mujeres en primer grado de consanguinidad).*
<b>Especialista en Cuidados Paliativos</b>	Profesional de la salud. Hace parte del equipo multidisciplinario en el marco de la atención integral que requiere todo paciente con cáncer de ovario. Perfil relevante en el manejo integral del dolor y afrontamiento, desde el diagnóstico hasta los cuidados al final de la vida.
<b>Equipo de navegación</b>	Grupo de profesionales de la salud. Estrategia que propende por garantizar la coordinación de la atención del paciente con cáncer, en especial, cuando algunos servicios o tecnologías se prestan en IPS diferentes a la IPS Oncológica (por motivo de la contratación dispuesta por la EPS), como, por ejemplo, laboratorio de patología o especialidad de genética.

### 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 surtir 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	
	Identificación de factores de riesgo	Educación sobre Ca Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugerentes
Equipos básicos de salud	Búsqueda activa de factores de riesgos para Ca de ovario.	Identificación temprana de síntomas y signos sugerentes de Ca ovario. Referencia a IPS Primaria
Profesional de enfermería - asistencial	Valoración integral en actividades de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud.	Identificación temprana de síntomas y signos sugerentes de Ca ovario. Gestión para cita con Medicina General/Ginecología
Profesional de enfermería - coordinación de programas PyMS	Monitoreo de las bases de datos de mujeres con factores de riesgos identificados. Articulación con EPS para valoración de mujeres con factores de riesgo identificados (BRCA 1 y 2, Síndrome de Lynch, nuliparidad, tabaquismo, etc.)	Planeación y seguimiento de las actividades educativas de la IPS Primaria. Complementar el tema de Ca de ovario en las campañas de Ca de la mujer (Ca mama, Ca cérvix).
Médicos en servicios social obligatorio	Identificación de mujeres con factores de riesgos para Ca ovario, en consulta de morbilidad general (especialmente en entorno rural)	Comunicación de síntomas y signos sugerentes de Ca ovario (especialmente en entorno rural)
EPS - gestor de riesgo	Envío de bases de datos a IPS primaria de cohortes con factores de riesgos identificadas de forma sistemática (ej, BRCA 1 y 2, síndrome de Lynch, nuliparidad, tabaquismo, etc.)	
Secretaría de salud (distrital, departamental)	Fomento de actividades educativas orientadas a la identificación y manejo de factores de riesgo, especialmente de factores modificables.	Fomento de actividades educativas orientadas a la educación sobre Ca Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugerentes
Líderes comunitarios (incluye líderes de población indígena)	Participación activa de las actividades educativas. Facilitación de la "traducción" cultural de los mensajes educativos sobre Ca ovario.	Participación activa de las actividades educativas. Facilitación de la "traducción" cultural de los mensajes educativos sobre Ca ovario.

Tabla 7. Intervenciones de sospecha y detección precoz

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Sospecha - Detección precoz		
	Valoración por Medicina General	Identificación de masa anexial	Valoración por Ginecología
Profesional de enfermería - asistencial	Demanda inducida hacia medicina general ante toda mujer con síntomas.		
Profesional de enfermería - coordinación de programas PyMS	Monitoreo de la oportunidad de cita con medicina general.	Reporte a la EPS de casos de mujeres con alta probabilidad de Ca ovario	
Médico(a) general*	Valoración integral de mujer con cuadro clínico sugerente de Ca ovario (ej. Dolor pélvico crónico, sensación de masa abdomino-pélvica, etc.)	Solicitud de ecografía pélvica transvaginal. Interpretación y toma de decisiones ante un diagnóstico imagenológico de masa anexial. Remisión a Ginecología o Ginecología oncológica (según cada caso y ruta IPS-EPS). Solicitud de estudios complementarios (ej. CA 125)	
Médicos en servicios social obligatorio	Valoración integral de mujer con cuadro clínico sugerente de Ca ovario (ej. Dolor pélvico crónico, sensación de masa abdomino-pélvica, etc.)	Solicitud de ecografía pélvica transvaginal. Interpretación y toma de decisiones ante un diagnóstico imagenológico de masa anexial. Remisión a Ginecología o Ginecología oncológica (según cada caso y ruta IPS-EPS). Solicitud de estudios complementarios (ej. CA 125)	
Trabajo social		Acompañamiento en mujeres con alta probabilidad de Ca ovario. Valoración de red de apoyo.	

Tabla 7. Intervenciones de sospecha y detección precoz

Perfiles de profesionales / Actores del sistema	Sospecha - Detección precoz		
	Valoración por Medicina General	Identificación de masa anexial	Valoración por Ginecología
Psicología		Abordaje psico-social en mujeres con alta probabilidad de Ca ovario	
Laboratorio			Realización y reporte de marcadores tumorales.
Especialista en Ginecología		Realización de la ecografía pélvica transvaginal. Reporte basado en IOTA Score y/o O-RADS (si es el especialista contratado para este estudio imagenológico).	Valoración de casos en donde la ecografía no es concluyente para malignidad. Considera repetir eco TV vs. toma de RMN. Remite a Ginecología oncológica si la masa es de características malignas. Solicitud de estudios complementarios (ej. CA 125)
Especialista en radiología e imágenes		Realización de la ecografía pélvica transvaginal. Reporte basado en IOTA Score y/o O-RADS.	
EPS - gestor de riesgo		Organización de la red de prestadores de servicios imagenología.	Monitoreo del Sistema de referencia ambulatoria: acceso a ginecología
Secretaría de salud (distrital, departamental)	Monitoreo de la accesibilidad a la consulta de medicina general de toda mujer con síntomas sugerentes de Ca ovario.		
Líderes comunitarios (incluye líderes de población indígena)	Facilitador del acceso a la consulta de medicina general ante toda mujer con síntomas sugerentes de Ca ovario.		

Tabla 8. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento

Actores o perfiles	Diagnóstico y tratamiento							
	Valoración por Ginecología Oncológica	Estadificación	Valoración por Cuidados Paliativos	Programación de Cirugía	Control por Ginecología Oncológica	Valoración por Oncología Clínica	Aplicación de quimioterapia	Valoración por Genética Médica
Trabajo social					Acompañamiento en mujeres con diagnóstico de Ca ovario. Valoración de red de apoyo.			
Psicología					Abordaje psico-social en mujeres con diagnóstico de Ca ovario			
Laboratorio				Realización de laboratorios prequirúrgicos.				Realización y reporte de estudios genéticos.
Especialista en radiología e imágenes		Realización de estudios de imágenes complementarias. Diagnóstico (informe) de enfermedad a distancia - metástasis.						
EPS - gestor de riesgo	Monitoreo del Sistema de referencia ambulatoria: acceso a ginecología oncológica. Gestión de autorizaciones ante sospecha de Ca ovario.	Autorización de imágenes complementarias.		Autorización de la cirugía (paciente aún sin diagnóstico por histopatología). Gestión de la valoración por anestesiología.		Garantía del acceso a oncología clínica.	Garantía de la continuidad de la quimioterapia. Articulación con gestor farmacéutico y la IPS oncológica.	Garantía del acceso a genética (especialmente si está por fuera de la IPS Oncológica).

Tabla 8. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento

Actores o perfiles	Diagnóstico y tratamiento							
	Valoración por Ginecología Oncológica	Estadificación	Valoración por Cuidados Paliativos	Programación de Cirugía	Control por Ginecología Oncológica	Valoración por Oncología Clínica	Aplicación de quimioterapia	Valoración por Genética Médica
<b>Secretaría de salud (distrital, departamental)</b>	Seguimiento a la habilitación de servicios especializados.		Seguimiento a la habilitación de servicios especializados.					
<b>Especialista en Ginecología Oncológica</b>	Valoración integral de la mujer con masa anexial con alta probabilidad de malignidad. Definir si es candidata a cirugía. Definir necesidad de estudios de imagen y laboratorios complementarios.			Realización de la cirugía para resección de tumor de ovario. Determina la necesidad de mayor alcance del procedimiento según el reporte de patología por congelación. Determina si hay compromiso a distancia (carcinomatosis peritoneal). Definir si es candidata a cirugía. Definir necesidad de estudios de imagen y laboratorios complementarios.	Valoración postoperatoria. Valoración del informe de patología. Definición de necesidad de quimioterapia. Definir necesidad de estudios de imagen y laboratorios complementarios.			
<b>Especialista en Patología</b>				Realización de la patología por congelación (intraoperatorio)	Reporte de la patología convencional y/o con inmunohistoquímica			

Tabla 8. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento

Actores o perfiles	Diagnóstico y tratamiento							
	Valoración por Ginecología Oncológica	Estadificación	Valoración por Cuidados Paliativos	Programación de Cirugía	Control por Ginecología Oncológica	Valoración por Oncología Clínica	Aplicación de quimioterapia	Valoración por Genética Médica
Especialista en Oncología clínica						Valoración de la mujer con diagnóstico de Ca ovario. Formulación de protocolo de quimioterapia.		Complementa el manejo prescrito con inmunoterapia (según el caso y reporte de genética), incluyendo la posibilidad de iniciar tratamiento con terapia dirigida, como el Olaparib o el Bevacizumab.
Especialista en Genética								Valoración de la mujer con sospecha o con diagnóstico de Ca ovario. Solicitud de estudios genéticos: expresión de BRCA 1/2 ó deficiencia en recombinación homóloga (HRD), aspectos necesario para determinar el beneficio de la terapia dirigida, como Olaparib o Bevacizumab.

Tabla 8. Intervenciones de diagnóstico y tratamiento

Actores o perfiles	Diagnóstico y tratamiento							
	Valoración por Ginecología Oncológica	Estadificación	Valoración por Cuidados Paliativos	Programación de Cirugía	Control por Ginecología Oncológica	Valoración por Oncología Clínica	Aplicación de quimioterapia	Valoración por Genética Médica
<b>Especialista en Cuidados Paliativos</b>			Valoración desde el primer contacto con la IPS Especializada. Abordaje psicosocial y herramientas de afrontamiento. Manejo del dolor.					
<b>Equipo de navegación</b>	Gestión para garantizar el acceso y continuidad del manejo con ginecología oncológica. Coordinación para la realización de estudios complementarios (si aplica). Programación de la cirugía (incluyen laboratorios prequirúrgicos y valoración por anestesiología.				Gestión de la cita de control con ginecología oncológica. Articulación con los servicios de patología e imagenología. Activación del equipo psico-social ante el diagnóstico definitivo de Ca.	Gestión de la cita con oncología clínica. Programación de la aplicación de los ciclos de quimioterapia.	Seguimiento a la adherencia a la aplicación de los ciclos de quimioterapia. Reporte de novedades a la EPS (escasez de medicamentos, inasistencias, etc.)	Gestión de la cita con genética. Coordinación para la realización y reporte de estudios genéticos. Gestión de la cita de control con genética para lectura de resultados.

## 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 ovario. Estos puntos críticos representan momentos en los cuales, si hay barreras o limitaciones en el acceso efectivos a los servicios de salud, 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.

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

Tabla 9. Puntos críticos

Fase	Momentos del proceso de atención (hitos)	Puntos críticos
Prevención	Identificación y manejo de factores de riesgo	Baja percepción de riesgo à subutilización de los servicios de salud.
	Educación sobre Ca Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugerentes	Baja percepción de riesgo à subutilización de los servicios de salud.
Sospecha Detección precoz	Valoración por Medicina General	Paciente subdiagnosticado por desconocimiento en cáncer ovario. Paciente multi-consultante a los servicios de urgencias, no hay continuidad en el manejo de síntomas crónicos recurrentes.
	Identificación de masa anexial	Ausencia de mecanismos de seguimiento luego de la realización de la ecografía (reporte con alta sospecha, pero "nadie lo reclama, paciente no vuelve"). Retrasos en la lectura e interpretación de la ecografía.
	Valoración por Ginecología	Subutilización de esta especialidad en casos de que la paciente se encuentre en el ámbito hospitalario.

Fase	Momentos del proceso de atención (hitos)	Puntos críticos
<b>Diagnóstico y tratamiento</b>	Valoración por Ginecología Oncológica	Falta de seguimiento a las remisiones para esta especialidad.
	Estadificación	Atención fragmentada de la atención para la realización de estudios de extensión.
	Valoración por Cuidados Paliativos	Restricción en el acceso a visualización de C. Paliativos como una atención centrada exclusivamente de cuidados de final de vida.
	Programación de Cirugía	Atención fragmentada de la atención.
	Control por Ginecología Oncológica	Pérdida en el seguimiento de la paciente luego de la cirugía.
	Valoración por Oncología Clínica	Acceso limitado.
	Aplicación de quimioterapia	Cambio en la red de prestadores por parte de la EPS. Inasistencia a las sesiones de quimioterapia
	Valoración por Genética médica	Falta de seguimiento a las remisiones para esta especialidad.

Los puntos críticos identificados en los talleres como los más críticos se describen a continuación:

### 6.1 Educación sobre Cáncer de Ovario y reconocimiento de signos/síntomas sugerentes

Los expertos destacaron la importancia de las intervenciones relacionadas con educación, dirigidas tanto a la población general como a profesionales de la salud, por lo que se propone que sea un hito en la ruta.

En los talleres realizados, los expertos locales manifestaron la educación y comunicación sobre cáncer de ovario debería considerarse un hito ya que se considera que la falta de conocimiento sobre la sintomatología del cáncer de ovario hace que muchas mujeres subestimen los síntomas iniciales y sólo consulten cuando los síntomas han incrementado en severidad, o cuando la enfermedad ha avanzado en gran medida.

Asimismo, se propone que existan incentivos para el diseño e implementación de diferentes estrategias educativas para el profesional de la salud, especialmente los médicos generales de los prestadores primarios, ya que se menciona que muchas veces en el diagnóstico diferencial de dolor pélvico, por mencionar un síntoma a manera de ejemplo, no se cuenta con el

cáncer de ovario, esto debido a que no es muy frecuente. Infortunadamente, esto hace que la detección de esta patología se realice de manera tardía cuando ya la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado bastante o con metástasis.

Un aspecto que se destacó en los talleres es que actualmente se cuenta con programas educativos en cáncer de la mujer, si bien sólo se abordan los tipos de cáncer de mama y de cuello uterino. Esta puede ser una plataforma que ya tiene avances en los que el cáncer de ovario puede ser el tercer tipo de cáncer que se aborde.

### **6.2 Solicitud de la ecografía pélvica transvaginal**

Se propone esta intervención como un hito en la ruta clínico-administrativa ya que el diagnóstico de cáncer de ovario comienza con la identificación de una masa anexial a estudio.

La detección de una masa anexial se realiza a través del reporte de una ecografía pélvica transvaginal. En este sentido, los expertos comentaron que existen diversas barreras para la solicitud y realización de la ecografía. Por ejemplo, se mencionó que muchas veces se delega a una especialidad del nivel primario, sea medicina familiar o ginecología, el ordenamiento de este estudio de imagenología. Como propuesta, se considera que la ecografía pélvica es un estudio de imagen de bajo costo, que puede ser solicitado desde el profesional de medicina general, y es el que permite identificar precozmente una masa anexial con características sospechosas de malignidad, lo que permite generar una serie de acciones que posteriormente llevarán a la valoración por la especialidad de ginecología oncológica. En otras palabras, la falta o la demora en la solicitud de una ecografía pélvica está influyendo en que se detecten tardíamente los casos de mujeres de cáncer de ovario.

### **6.3 Aplicación de IOTA ADNEX SCORE / O-RADS**

En el mismo orden de ideas al hito anterior, uno de los expertos temáticos consultados para este documento comentó que existen herramientas de fácil interpretación para los médicos de atención primaria, entre los que destaca el IOTA ADNEX SCORE.

El IOTA ADNEX es un instrumento que permite identificar la probabilidad a priori de un cáncer de ovario considerando las características ecográficas de la masa anexial, a partir de 3 predictores clínicos y 6 predictores ultrasonográficos (10,11). Este puntaje le permite al médico tomar una decisión de presunción diagnóstica, para que rápidamente pueda remitir al especialista para estudios posteriores o llevar a cirugía.

De manera similar, el O-RADS es otro instrumento (específicamente una escala) en la que se estratifica el riesgo de malignidad de una masa ovárica, a partir de las características imagenológicas, que pueden proceder de una ecografía o una resonancia. El O-RADS contiene 6 categorías de riesgo que van del ORADS 0 al ORADS 5, este último con una probabilidad de malignidad de más del 50% y el la categoría de "alto riesgo de cáncer de ovario" (12). Hay estudios que han demostrado que hay una adecuada concordancia entre estas dos escalas (13).

Por tanto, desde el mismo reporte de la ecografía pélvica transvaginal, ya se cuenta con suficiente información para determinar el riesgo de una masa procedente de una neoplasia maligna, lo que facilita que la paciente pueda seguir en el proceso de atención, esto es, direccionar a la especialidad de ginecología oncológica para estudios adicionales o programación de cirugía.

#### **6.4 Remisión a Ginecología Oncológica con estudios complementarios**

Es el hito más crítico. Toda la ruta clínico-administrativa se ha organizado para que el acceso a la especialidad de ginecología oncológica sea lo más expedito posible, ya que el especialista no solamente confirma la sospecha diagnóstica de un cáncer de ovario, sino que además genera otras acciones que posteriormente llevarán al diagnóstico definitivo, esto es, la cirugía.

Se identificó que existen múltiples barreras para acceder oportunamente a este tipo de especialidad ya que, en primer lugar, muchas aseguradoras tienen contratos para patologías oncológicas desde el diagnóstico confirmado. El problema surge debido a que el reto del cáncer de ovario es que sólo se puede confirmar a través de una patología por congelación intraoperatoria. Dado que la paciente no tiene un diagnóstico confirmado por histopatología, muchas veces ocurre que la paciente no logra acceder al ginecólogo oncólogo sino a través de otros medios (quejas, tutelas, etc.).

Por otro lado, en otras situaciones se identifica otras barreras tales como que solamente puede ser remitida a esta especialidad desde la especialidad de ginecología "general" y se limita al médico general que tiene la sospecha, sospecha que está justificada en el reporte ecográfico. En este sentido, los expertos locales manifestaron que se considera que el valor o aporte adicional que hace el especialista en ginecología "general" es más bien poco, más allá de solicitar estudios de laboratorio o imagenológicos complementarios, ya que no es la especialidad que define o toma la decisión de llevar a cirugía, que es la intervención que permite tener tanto el diagnóstico definitivo, como el brindar el tratamiento (en aquellos casos en que la paciente sea candidata a cirugía).

#### **6.5 Programación de cirugía**

Va en congruencia con el hito anterior. Se requiere resaltar esta intervención como hito ya que es el culmen del proceso diagnóstico. La mujer con alta sospecha de cáncer de ovarios finaliza con el reporte del especialista en patología, que es en última instancia el que determina la benignidad o malignidad de la masa ovárica.

#### **6.6 Valoración por genética médica**

Los expertos consideran que, a la vez que se está realizando el tratamiento del cáncer de ovario, es necesario que se cuente con la valoración de la especialidad de genética médica desde el principio, es decir, desde los primeros contactos con el prestador especializado. Se considera que es importante determinar el perfil genético de la mujer con cáncer de ovario a partir de los estudios histopatológicos y de marcadores complementarios que se hacen luego de la cirugía, ya que esto va a definir no solamente el pronóstico de la paciente, sino que orienta la toma de decisiones por parte del oncólogo clínico para prescribir el tratamiento apropiado (quimioterapia) o inclusive indicar manejo complementario con inmunoterapia. Por ejemplo, las mujeres con cáncer de ovario con estado positivo para deficiencia de recombinación homóloga (HRD), definida por una mutación BRCA1 o BRCA2, se benefician de tratamiento con terapia dirigida como Olaparib en combinación con Bevacizumab.

Como beneficio adicional, conocer el perfil genético del tumor de cáncer de ovario permite realizar acciones de consejería genética para los familiares en primer grado de consanguinidad mujeres, teniendo en cuenta el riesgo de cáncer de mama o cáncer de ovario en estos familiares.

De forma transversal a las fases de atención, se identifican dos situaciones que inciden directamente en la ruita asistencial y que se configuran como puntos críticos para el

adecuado tránsito de los pacientes.

### 6.7 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 de la 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.

### 6.8 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.

### 6.9 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.

## 7. VARIABILIDAD

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

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.

A continuación, se describen los escenarios que pueden generar “desvíos” en la atención y, potencialmente, discontinuidad o desarticulación del proceso asistencial:

### Variabilidad asociada al paciente

- Síntomas iniciales vagos o inespecíficos (distensión abdominal, dolor pélvico, síntomas gastrointestinales), que retrasan la consulta o dificultan la sospecha clínica temprana, además de baja percepción del riesgo.
- Presencia de comorbilidades relevantes que condicionan la oportunidad diagnóstica o limitan opciones terapéuticas.
- Dificultades para la adherencia a citas, exámenes o tratamientos, asociadas a barreras sociales, económicas o geográficas.
- No aceptación o retraso en el consentimiento informado para procedimientos diagnósticos invasivos o tratamientos oncológicos.
- Estrés y ansiedad asociados al diagnóstico de cáncer, mitos sobre quimioterapia, radioterapia

### Variabilidad asociada a la familia o red de apoyo

- Resistencia o desacuerdo familiar frente a procedimientos quirúrgicos, quimioterapia u otras intervenciones de alto impacto.
- Retrasos derivados de la necesidad de toma de decisiones compartidas en contextos de alta incertidumbre clínica.
- Limitaciones en el acompañamiento del paciente durante las diferentes fases del proceso, afectando la continuidad de la atención.

### Variabilidad asociada al talento humano en salud

- Diferencias en el nivel de sospecha clínica entre profesionales del primer contacto, que pueden retrasar la remisión oportuna.
- Variabilidad en la adherencia a guías clínicas y protocolos de referencia y contrarreferencia.
- Interpretaciones clínicas heterogéneas frente a hallazgos diagnósticos complejos o resultados limítrofes.
- Falta de articulación efectiva entre equipos multidisciplinarios (ginecología, oncología, cirugía oncológica, patología, imágenes diagnósticas).

### Variabilidad asociada a la organización de los servicios

- No disponibilidad oportuna de tecnologías diagnósticas clave (ecografía transvaginal especializada, TAC, resonancia magnética, marcadores tumorales).
- Retrasos en la programación de procedimientos diagnósticos o quirúrgicos.
- Falta de definición clara de flujos asistenciales entre niveles de atención.
- Fragmentación en la gestión administrativa que interfiere con la continuidad del proceso asistencial.

### Variabilidad asociada a factores externos o impredecibles

- Cambios en los convenios entre aseguradores y prestadores que generan redireccionamientos del paciente.
- Modificaciones en la red de prestación que obligan a reiniciar procesos diagnósticos o administrativos.
- Eventos administrativos o regulatorios que impactan la oportunidad del diagnóstico o inicio del tratamiento.

## 8. 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 ovario. Estos indicadores son los siguientes:

Tabla 10. Indicadores administrativos

Indicadores administrativos					
Nombre del indicador	Fórmula de cálculo del indicador	Hito	Unidad	Meta	Periodicidad
Oportunidad en el resultado de Eco-Transvaginal y Ca-125	Tiempos en días calculado así: Fecha de entrega de resultados de la ecografía y el ca125 (referenciar la última fecha) - fecha de toma de la muestra	Realización de Ecografía pélvica transvaginal y Ca125	Días	7	Mensual
Oportunidad en valoración con Gineco oncología	Tiempos en días calculado así: Fecha de remisión a gineco oncología - fecha de consulta con el especialista.	Oportunidad en valoración por gineco oncología	Días	15	Mensual
Oportunidad para la toma de Biopsia	Tiempos en días calculado así: Fecha de entrega de resultados de la biopsia - fecha de toma de la muestra	Toma de Biopsia y estudio histopatológico	Días	7	Mensual
Oportunidad análisis histopatológico	Tiempos en días calculado así: Fecha de entrega de resultados de inmunohistoquímica - fecha de toma de la muestra	Análisis histopatológico	Días	8	Mensual
Oportunidad en el inicio de tratamiento	Tiempos en días calculado así: Fecha de entrega de inicio de tratamiento - fecha de toma de la biopsia	Inicio de tratamiento	Días	30	Mensual

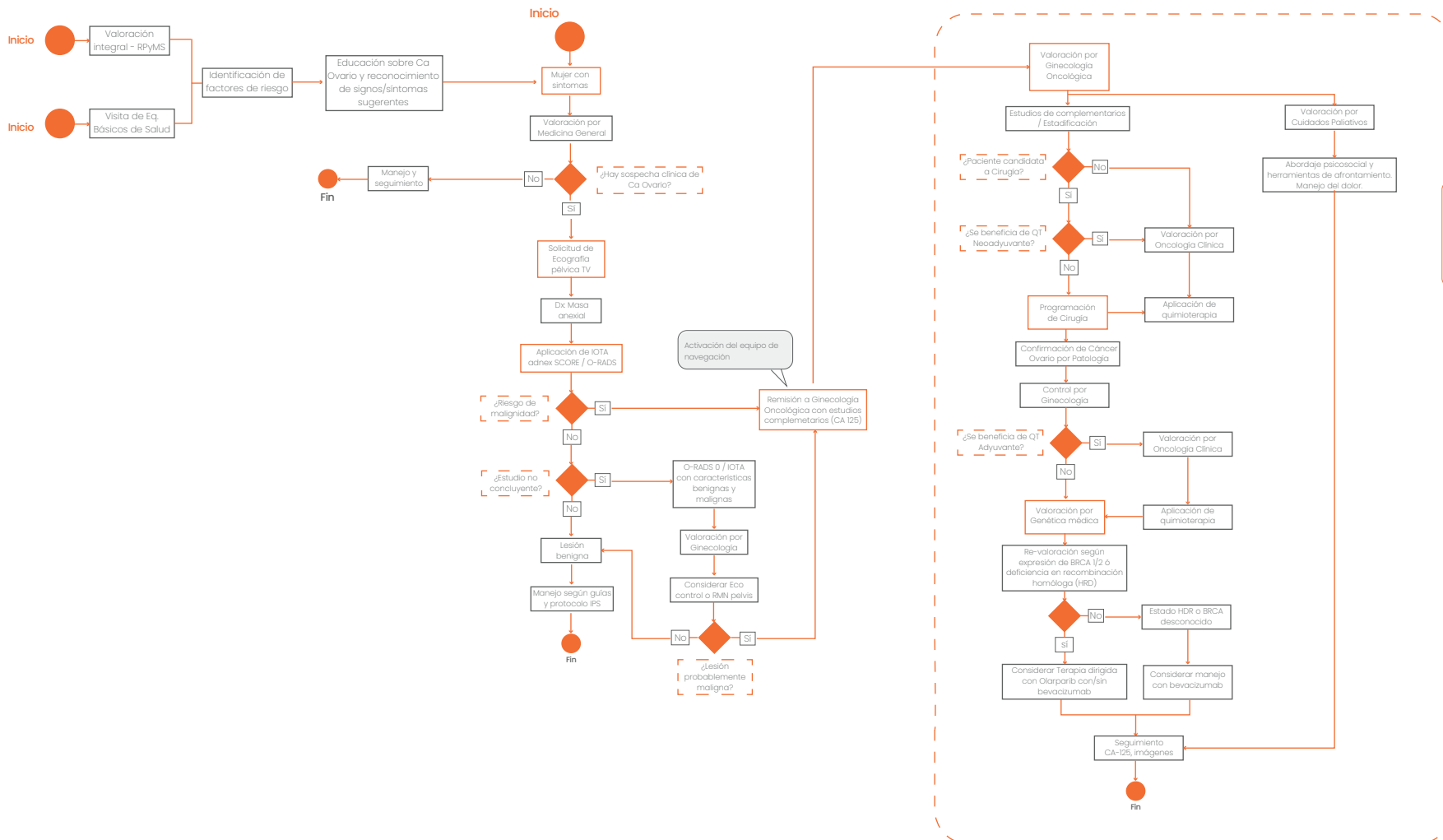
Tabla 11. Indicadores clínicos

Indicadores clínicos					
Nombre del indicador	Numerador	Hito	Unidad	Meta	Periodicidad
Proporción de mujeres con hallazgos sugestivos en las pruebas diagnósticas	Número de mujeres con hallazgos sugestivos/Número de mujeres a quienes se realizó Ecografía transvaginal y Ca-125	Realización de Ecografía pélvica transvaginal y Ca125	Porcentaje	100%	Mensual
Mujeres identificadas en estadios tempranos de la enfermedad	Número de mujeres diagnosticadas en estadios tempranos de cáncer de ovario/Total de mujeres diagnosticadas con cáncer de ovario*100	Diagnóstico oportuno	Porcentaje	90%	Mensual
Mujeres con cirugía de citoreducción R0	Mujeres con cirugía de citoreducción R0/Número de mujeres que recibieron intervención quirúrgica como primera intervención de tratamiento.	Inicio de tratamiento	Porcentaje	95%	Mensual

PREVENCIÓN

SOSPECHA - DETECCIÓN PRECOZ

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



## CONCLUSIONES

Con base en el ejercicio de elaboración de la ruta clínico-administrativa para cáncer de ovario, 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 ovario.
- La ruta clínico-administrativa es altamente dependiente de la gestión administrativa de la EPS, en lo relacionado con el acceso a la especialidad de ginecología oncológica. 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. Ministerio de Salud y Protección Social. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
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, Portcous M. Integrated care pathways. *BMJ*. 1998;316:133-7.
5. Faarc DJP. Translating Evidence Into Practice. *RESPIRATORY CARE*. 2009;54(10).
6. Villanueva-Bravo NA, Iraola-Ferrer MD, Falcón-Hernández A, Fábregas-Lozanoc F, Valladares-Carvajal FDJ. Vía clínica en el infarto agudo de miocardio. Diseño, ensayo piloto y propuesta definitiva. *Revista de Calidad Asistencial*. 2005;20(3):140-51.
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. Calster BV, Hoorde KV, Froyman W, Kaijser J. Practical guidance for applying the ADNEX model from the IOTA group to discriminate between different subtypes of adnexal tumors. *Facts Views Vis Obgyn*. 2015;7(1):32-41.
11. Victoria L, Franco C. Sistema IOTA ADNEX: ¿Confiable como predictor en pacientes con blastoma anexial? *SOGBA*. 2021;52(256):4.
12. Strachowski LM, Jha P, Chawla TP, Davis KM, Dove CK, Glanc P, et al. O-RADS for Ultrasound: A User’s Guide, From the AJR Special Series on Radiology Reporting and Data Systems. *American Journal of Roentgenology*. mayo de 2021;216(5):1150-65.
13. Vara J, Pagliuca M, Springer S, Gonzalez De Canales J, Brotons I, Yalcich J, et al. O-RADS Classification for Ultrasound Assessment of Adnexal Masses: Agreement between IOTA Lexicon and ADNEX Model for Assigning Risk Group. *Diagnostics*. 2023;13(4):673.

---

**VIA CLÍNICO-ADMINISTRATIVA EN  
CÁNCER DE OVARIO**

---



@propacificoorg  
[www.propacifico.org](http://www.propacifico.org)

CALI - COLOMBIA

---