

Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa

"El cáncer cervicouterino se puede prevenir y curar a un costo y riesgo bajos cuando el tamizaje para facilitar la detección oportuna de lesiones precursoras está disponible junto con el diagnóstico apropiado, el tratamiento y seguimiento". OMS (2004)

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad del Programa de detección temprana y control del cáncer de cuello uterino en una Unidad Prestadora de Servicios de Salud, de la Empresa Social del Estado Metrosalud, Medellín, Colombia, 2006-2008. **Metodología:** estudio descriptivo transversal. Se siguió el método de evaluación de programas de salud en los componentes problema, estructura, procesos y resultados propuesto por Avedis Donabedian, a partir de diferentes técnicas de recolección de información. Se hizo análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado, y cualitativo de textos. **Resultados:** aunque este cáncer se considera un problema de salud pública, se carece de un programa estructurado para la intervención. Las actividades se centran en la detección y la prevención. Para su ejecución se dispone, en general, de los recursos humanos, físicos, materiales y económicos requeridos; la auxiliar de enfermería desarrolla la mayor parte de las actividades; el médico ordena tratamientos y remite usuarias a otro nivel según la red de servicios. Todas las usuarias reconocen la importancia del programa, la mayoría expresó satisfacción con la atención recibida. **Conclusiones:** el programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino debe fortalecer todos sus componentes con mayor eficiencia y eficacia para lograr mejor impacto en la salud de las mujeres, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por este cáncer. Retomar el concepto de integralidad, como programa de salud pública, debe ser una política de Estado y, su desarrollo, un compromiso de todos los funcionarios que laboran en él.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de cuello uterino, salud pública, promoción, prevención (Fuente: DeCs, BIREME).

Cervical Cancer: Analysis of the Quality of a Program

ABSTRACT

Objective: an evaluation of the quality of a cervical cancer early detection and control program being applied at a health care unit operated by Empresa Social del Estado Metrosalud, a public hospital network in Medellín (Colombia) during 2006-2008. **Methodology:** a transversal descriptive study conducted pursuant to the health program evaluation method proposed by Dr. Avedis Donabedian, spe-

1 Magíster en Enfermería. Magíster en educación y desarrollo humano. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. canq@une.net.co

2 Doctor en Ciencias Médicas. Docente, Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Itamayo@carios.udea.edu.co

Este artículo es producto del proyecto de investigación "Calidad del programa de prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, en la UPSS Luis Carlos Galán Sarmiento, Medellín, 2006-2007", presentado por el Grupo de Investigación Citología Ginecológica y Prevención del cáncer de cuello uterino financiado por el Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia en la convocatoria 2005.

Recibido: 12 de diciembre de 2008
Reenviado: 27 de julio de 2009
Aceptado: 15 de marzo de 2010

cifically the components related to problem, structure, processes and results, based on different information gathering techniques. A univariate and bivariate descriptive statistical analysis of texts was done, as was a qualitative analysis. **Results:** Although cervical cancer is considered a public health problem, there is no structured program for intervention. The activities center on detection and prevention. In general, the human, physical, material and economic resources required to develop them are available. Most of the activities are carried out by the nurse's aide, while the physician orders treatment and refers users to other levels within the service network. All users acknowledge the importance of the program and the majority expressed satisfaction with the care and attention they receive. **Conclusions:** Every component of the cervical cancer early detection and control program needs to be reinforced in the interest of greater efficiency and effectiveness, so as to have more of an impact on women's health by reducing morbidity and mortality attributed to this type of cancer. It is important to rescue the concept of comprehensiveness, since a public health program must be state policy and its development must be a commitment assumed by all concerned.

KEY WORDS

Cervical cancer, public health, promotion, prevention (Source: DeCs, BIREME).

Câncer cervical: análise da qualidade de um programa

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade do programa de detecção precoce e controle do câncer cervical em uma Unidade Prestadora de Serviços de Saúde, da empresa Social do Estado Metrosalud Estado, Medellín, Colômbia, 2006-2008. **Metodologia:** estudo transversal. Empregou-se o método de avaliação dos programas de saúde nos componentes: problema, estrutura, processos e resultados, proposto por Avedis Donabedian, utilizando diferentes técnicas de coleta de dados. Aplicou-se a análise estatística univariada, bivariada e qualitativa de textos. **Resultados:** embora esse tipo de câncer é um problema de saúde pública, falta um programa estruturado de intervenção. As atividades centrar-se na detecção e a prevenção. Para a sua execução, existem os recursos humanos, físicos, materiais e financeiros necessários. De acordo com a rede de serviços, a auxiliar de enfermagem desenvolve a maioria das atividades e o médico ordena tratamentos e remete os usuários a outro nível. Todas as usuárias reconhecem a importância do programa; a maioria manifestou-se satisfeita com o atendimento recebido. **Conclusões:** o Programa de Detecção Precoce e Controle do Câncer Cervical deve reforçar seus componentes com maior eficiência e eficácia na obtenção de maior impacto sobre a saúde das mulheres, redução da morbidade e mortalidade por este câncer. Recuperar o conceito de integralidade como programa de saúde pública deve ser uma política de Estado; o seu desenvolvimento é um compromisso de todos os funcionários que nele trabalham.

PALAVRAS-CHAVE

Câncer cervical, saúde pública, promoção, prevenção (Fonte: DeCs, BIREME).

Introducción

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres, antecedido sólo por el cáncer de mama. Se calcula que cada año ocurren 500.000 casos nuevos y 274.000 muertes, de los cuales el 83% se presentan en países subdesarrollados (1). En los últimos 20 años, en Colombia, la tendencia de la mortalidad por este tipo de cáncer presentó leves variaciones. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005 (2), en el período 1995-2000, las defunciones por cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 69 años aumentaron de 58 a 62% (3). En el 2000, últimos datos consolidados por la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC, por su sigla en inglés), las tasas de incidencia y mortalidad en Colombia fueron 32,9 y 13,7 por cien mil mujeres, respectivamente; altas si se comparan con las tasas de incidencia 8,2 y de mortalidad 2,8 por cien mil mujeres en Canadá (4). En el 2006, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia reportó 2.005 muertes por cáncer de cuello uterino en mayores de 35 años y una tasa de mortalidad de 24,2 por cien mil mujeres (5), ligeramente inferior a la reportada en el 2002. En este mismo año, 2006, en Antioquia y Medellín, el cáncer de cuello uterino ocupó el primer lugar en la mortalidad por cáncer, con 203 y 56 muertes, respectivamente, y tasas de 6,8 y 4,7 por cien mil mujeres (6). El Instituto Nacional de Cancerología colombiano, para esta fecha, registró 101 muertes por este cáncer, de las cuales un 23,8% se presentaron en el grupo de 15 a 44 años, el 23,8% en el de 45 a 54 años, el 18,8% en el de 55 a 64 años y el 33,7% en mayores de 65 años (7).

Por otro lado, el cáncer de cuello uterino es prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención. Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer (4). En Colombia, en la década de los noventa, el análisis de la tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino condujo a la definición de estrategias tendientes a intervenir positivamente la salud de las mujeres, una de ellas fue la reestructuración del programa “Detección temprana y prevención del cáncer de cuello uterino”. Por Programa de salud se entiende, según Alzate (8), “el conjunto de estrategias definidas mediante normas técnicas y administrativas que permiten enfrentar un problema o un evento, definiendo lo que se quiere hacer, los recursos necesarios y unificando los criterios y procedimientos de atención”. Un programa es un proceso sistémico que consta de los siguientes elementos: 1) El *problema*, situaciones que se presentan y, dada su gravedad e importancia, ameritan de manera prioritaria organizar acciones y recursos dentro y fuera del sector salud. 2) La *estructura*, organización de recursos humanos, financieros técnicos y materiales necesarios para la solución del problema. 3) Los *procesos*, procedimientos técnicos y administrativos que se emplean para utilizar eficaz y eficientemente los recursos asignados al programa. 4) Los *resultados* que comprenden los logros administrativos (cobertura, producción, productividad) y el impacto en la salud de la población (cambios en los perfiles epidemiológicos). El control de los resultados facilita la redefinición y adaptación del programa a otros contextos sociales (8).

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2005, en el período 1995-2000, las defunciones por cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 69 años aumentaron de 58 a 62%.

Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer.

En palabras de Lewis (4):

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer de cuello uterino debe abordar varios aspectos: la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento rápidos, fiables y asequibles. Contar con infraestructura de apoyo como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar la gestión eficaz de pacientes y programas.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de Colombia, en el marco de la Reforma del Sistema de Seguridad Social –Ley 100 de 1993–, expidió en el 2002, la Norma técnica para la Detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino que comprende actividades propias del tamizaje (9), en tal sentido, es el estándar de comparación para la evaluación del programa.

En la oferta de los programas de salud, la calidad está relacionada con la efectividad, la eficiencia y la eficacia. La calidad es un concepto integral inmerso en las actividades y programas que se realizan para alcanzar un propósito, en este caso, evitar la enfermedad o muerte por cáncer de cuello uterino. Donabedian, en 1990, definió la calidad como “el juicio sobre la atención en salud, a través del cual se determina el grado en que se utilizan los medios más deseables para lograr los mayores beneficios en salud” (10). En el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud de Colombia (Decreto 1011 de 2006), la calidad es “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel

profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (11).

El objetivo general de esta investigación fue evaluar la calidad del programa de “Detección temprana y control del cáncer de cuello uterino” en una unidad prestadora de servicios de salud (UPSS) de la empresa social del Estado (ESE) Metrosalud, Medellín, Colombia, en el 2006-2008. Los objetivos específicos fueron: 1) Caracterizar la organización y disposición de los recursos humanos, financieros, técnicos y materiales del Programa; 2) analizar los procedimientos técnicos y administrativos establecidos en la normatización del Programa; 3) determinar cobertura, producción y productividad del Programa; 4) describir el grado de satisfacción de las usuarias del Programa, y 5) analizar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el Programa.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una UPSS integrada por un hospital de primer nivel, cuatro centros y un puesto de salud que hacen parte de la red pública de servicios de la ESE Metrosalud. La UPSS se ubica en una de las comunas de mayor densidad poblacional de la ciudad de Medellín. Según el censo poblacional del 2005, habitan 191.387 personas, de las cuales el 37,9% poseen subsidio público de salud. En el 2006, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino fue 8,0 por cien mil mujeres, siendo la tercera más alta entre las 16 comunas del municipio (10).

La unidad de análisis del estudio fue el programa de “Detección temprana y control del cáncer de cuello uterino” o ac-

tividades ofertadas sin interrupción en los dos últimos años. Para la evaluación del Programa se utilizó el método de evaluación de servicios de salud propuesto por Donabedian, con los elementos que contemplan la estructura, los procesos y los resultados.

La información se obtuvo a partir de encuestas, entrevistas, guía de observación y revisión de historias clínicas. La encuesta estructurada se aplicó a una muestra de 374 usuarias del programa, calculada bajo los parámetros estadísticos: nivel de confianza de 95%, error de muestreo 2%, probabilidad de encontrar el evento del 0,5. Se hizo un muestreo estratificado por puesto, centros de salud y hospital. Las preguntas se orientaron a la percepción de las mujeres en los diferentes momentos de la atención: toma de la citología (saludo, interrogatorio, procedimiento, educación y orientación), entrega de resultados y educación en salud. Las preguntas cerradas se respondieron en la escala: excelente, bueno, regular y deficiente. Se solicitó una explicación para la calificación dada. La encuesta semiestructurada se dirigió al personal de enfermería: ocho auxiliares quienes atendieron en su totalidad al llamado, y cuatro enfermeras, de las cuales sólo dos respondieron la encuesta. La entrevista, grabada en audio, se hizo a ocho médicos directores o coordinadores de las unidades de salud. Tanto en la encuesta semiestructurada como en la entrevista se hicieron preguntas sobre condiciones técnicas y administrativas del programa, perfil laboral, participación y percepción del mismo. La guía de observación fue aplicada por las investigadoras en diferentes momentos de atención: solicitud y realización de la citología, entrega del resultado y actividad educativa. Además, se revisaron 24 historias clínicas de pacientes con reporte de lesiones pre-

ligas o cáncer de cuello uterino, en las cuales se analizó el manejo y seguimiento de la paciente.

El consentimiento informado se solicitó por escrito a las usuarias del programa en el momento de aplicar la encuesta. El personal de enfermería y los médicos dieron el consentimiento verbal, en ambos casos con previa explicación de los objetivos y participación en la investigación. La información se sistematizó en dos bases de datos en Excel versión 2003, una con la información de la encuesta de las usuarias y la otra con la información del personal de salud y la guía de observación. El análisis de los datos cuantitativos se hizo en SPSS versión 15. Se calcularon medidas descriptivas según el nivel de medición de las variables (tendencia central, frecuencia absoluta y relativa) y se realizó el cruce de las variables sociodemográficas con variables de opinión, percepción y satisfacción de las usuarias con el programa, contrastadas a través del Chi² y analizadas por puesto, centros de salud y hospital. La información obtenida con el personal de salud en la entrevista y la encuesta semiestructurada se transcribió textualmente. El análisis se realizó bajo categorías predeterminadas, relacionadas con el problema, la estructura, el proceso y los resultados (6).

Resultados

La presentación de los resultados se inicia con las características sociodemográficas de las usuarias que participaron en la investigación. La edad mínima y máxima de quienes respondieron la encuesta fue de 15 y 74 años, respectivamente (promedio 38 años y desviación estándar, 12,7). El 57,9% estaban casadas o vivían en unión libre; 81,2% amas de casa;

La presentación de los resultados se inicia con las características sociodemográficas de las usuarias que participaron en la investigación.

5,7% analfabetas, 41,3% tenían estudios de primaria, 19,6% alcanzaron educación secundaria completa, y sólo 2,2% el nivel técnico o universitario (cuadro 1).

De las mujeres encuestadas, el 22,9% acudía por primera vez a la citología, el 60% se la había realizado entre los 12 y 24 meses anteriores, y el resto llevaba más de 24 meses sin realizarse el examen (cuadro 2).

En Colombia, la norma técnica del Programa contempla el esquema 1:1:3, lo que equivale a realizarse la citología al año siguiente de la primera con resultado normal, y si ésta sigue siendo normal, se continúa cada tres años; sin embargo, es política de Metrosalud promover la citología anual.

El tamizaje citológico fue el eje alrededor del cual se analizaron los componentes del programa (problema, estructura, procesos y resultados), se indagó cómo es el proceso del tamizaje, qué se hace durante el mismo, qué actividades se ejecutan, quien las realiza, cómo se realizan, con qué se hacen, dónde y cuándo se hacen, la normatividad que lo rige, además de la percepción del personal de salud y de las usuarias sobre el programa.

El problema. El personal de salud y las usuarias participantes en el estudio manifestaron que el cáncer de cuello uterino es un problema de salud que afecta de manera creciente a las mujeres, se detecta en fases tardías e impacta de manera negativa su vida personal, familiar, social y económica. Uno de los médicos expresó:

[...]este problema de cáncer de cuello uterino es de una magnitud muy importante porque nuestra comunidad ha

sido demasiado pobre e ignorante, la problemática no ha tenido todo el desarrollo y la vigilancia epidemiológica que se debería dar, porque a la mayoría de las personas se les detecta el cáncer en fases muy avanzadas (M01).

La estructura. En el análisis de la estructura se incluyó la disponibilidad y organización de los recursos físicos, técnicos, materiales, humanos y financieros necesarios para el desarrollo de las actividades del Programa.

En los recursos físicos disponibles, se encontró que en todas las unidades de salud el consultorio donde se toma la citología se utiliza para desarrollar otras actividades como la toma de muestras de laboratorio, la asignación de citas, la respuesta a inquietudes de los usuarios de la unidad de salud, entre otras, en horarios previamente establecidos. Los consultorios ofrecen privacidad a las usuarias; sin embargo, dos centros de salud no cumplen con el requisito establecido de unidad sanitaria dentro del consultorio. Los espacios comunes de salas de espera están bien dotados de mobiliarios, pero en su totalidad no cumplían con el requisito de unidad sanitaria separada por sexo.

En todas las unidades de salud los recursos materiales y técnicos eran suficientes y pertinentes, los funcionarios conocían la existencia de la norma técnica para realizar las actividades del Programa. La disponibilidad de material educativo, visual o auditivo, era limitada o inexistente: en dos centros de salud contaban sólo con un afiche que incluía fotografías de las alteraciones del cuello uterino, siendo estas imágenes más adecuadas para la actualización del personal de salud que para la comunidad; en el hospital, dos centros y el puesto de salud no existía este material.

En Colombia, la norma técnica del Programa contempla el esquema 1:1:3, lo que equivale a realizarse la citología al año siguiente de la primera con resultado normal, y si ésta sigue siendo normal, se continúa cada tres años.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las usuarias por unidad de salud en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud. Medellín, 2008.

ASPECTO	HOSPITAL PRIMER NIVEL n=126		CENTROS DE SALUD								PUESTO DE SALUD n=19		TOTAL n=374	
			No. 1 n=69		No. 2 n=60		No. 3 n=60		No. 4 n=40					
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%				
Edad en años	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
15 a 19	8	7,3	3	4,3	3	5,1	5	8,3	3	7,5	3	15,8	26	7,0
20 a 29	18	14,5	13	18,8	16	27,1	20	33,3	12	30,0	4	21,1	83	22,4
30 a 39	26	21,0	14	20,3	20	33,9	14	23,3	10	25,0	7	36,8	91	24,5
40 a 49	42	33,9	19	27,5	12	20,3	16	26,7	9	22,5	4	21,1	102	27,5
50 a 59	22	17,7	14	20,3	7	11,9	3	5	4	10,0	0	0	50	13,5
60 y más	7	5,6	6	8,7	1	1,7	2	3,3	2	5,0	1	5,3	19	5,1
Estado civil														
Soltera	39	31,0	11	15,9	14	23,3	26	43,3	10	25,0	6	31,6	106	28,3
Casada/ unión libre	64	50,7	49	71,0	40	66,7	30	50,0	23	57,5	11	57,9	217	57,9
Separada/viuda	22	17,5	9	13,0	6	10,0	4	6,7	7	17,5	2	10,6	50	13,3
Ocupación														
Ama de casa	106	84,0	59	85,5	46	76,7	44	73,4	34	85,0	15	78,9	303	81,2
Trabajadora/ estudiantes	19	16,0	10	14,6	14	23,3	16	26,6	6	15,0	4	21,1	70	18,8
Escolaridad														
Analfabeta	12	10,1	3	4,3	1	1,7	4	6,4	0	0	1	5,3	21	5,7
Primaria incompleta	24	20,2	14	20,3	10	16,7	5	8,3	10	25,0	5	26,3	68	18,5
Primaria completa	25	21,0	25	36,2	10	16,7	12	20,0	9	22,5	4	21,1	85	23,2
Secundaria incompleta	32	26,9	18	26,1	20	33,2	25	41,7	11	27,5	7	36,8	113	30,8
Secundaria completa	23	19,3	8	11,6	16	26,7	14	23,3	9	22,0	2	10,5	72	19,6
Técnica/ universitaria	3	2,5	1	1,4	3	5,0	0	0	1	2,5	0	0	8	2,2

Referente al recurso humano, la persona asignada al programa en todas las unidades de salud es la auxiliar de enfermería. En su conjunto, la UPSS dispone de cuatro enfermeras en consulta externa, una de ellas asignada para todos los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el hospital, y las otras tres rotan por el puesto y los centros de salud, donde atienden la consulta y hacen el control de los usuarios de los programas, diferentes al de prevención de cáncer de cuello uterino.

En cuanto a la experiencia y capacitación del personal, se encontró que el de mayor permanencia en el Programa eran las auxiliares de enfermería, con un tiempo de antigüedad entre 6 meses y 15 años. Siete auxiliares expresaron haber recibido inducción para desempeñarse en el programa, cuatro de ellas la calificaron de buena porque “nos enseñaron la técnica adecuada para tomar la muestra”; dos de regular, y una como muy deficiente, “no nos enseñaron la técnica de la citología”. La capacitación y actualización de las

auxiliares de enfermería para desempeñarse en el programa no fue periódica, en cuatro de las ocho auxiliares se hizo con intervalos mayores a dos años, tres de estas expresaron que fue buena porque “actualizan y recuerdan conocimientos”, y consideraron que “debería ser cada año”. Dos auxiliares no recibieron capacitación, a pesar de tener mayor tiempo en el Programa, y las otras dos fueron las únicas en recibir capacitación al menos una vez en el año. Las enfermeras y los médicos manifestaron no haber recibido capacitación formal para el desempeño en el Programa, por tanto la actualización la hicieron por iniciativa propia.

En cuanto al presupuesto, en ninguna de las unidades de salud se dispone de un rubro específico para el funcionamiento del programa. La solicitud de los materiales e insumos se hace según las necesidades del mismo, en cada unidad de salud, al nivel central de la red de servicios de Metrosalud.

En las unidades de salud la citología se oferta todos los días durante dos horas en la mañana, excepto en un centro de salud que se hace en la tarde. El 67,1% de las usuarias calificó el horario de adecuado y 13,1% muy adecuado, según ellas porque “es mejor en la mañana, uno está más tranquilo más relajado” (E290). Para el 4,8% es inadecuado, algunas expresiones fueron: “dicen que a las 9 a.m. pero son las 11 y nada, debería de ser más temprano para que lo atiendan más rápido” (E44), “hay que esperar a que las del laboratorio acaben, entonces siempre empiezan a las 9:30 a.m.” (E122); y el 2,9% lo calificó como muy inapropiado porque “en la mañana uno está muy ocupado con los hijos, el esposos, y los bebés a esa hora necesitan atención” (E7). “Uno por la ma-

Cuadro 2. Frecuencia de la citología en las usuarias por unidad de salud de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud, Medellín, 2008.

ASPECTO	HOSPITAL PRIMER NIVEL n=126		CENTROS DE SALUD								PUESTO DE SALUD n=19		TOTAL n=374	
			No. 1 n=69		No. 2 n=60		No. 3 n=60		No. 4 n=40					
			N.	%	N.	%	N.	%	N.	%				
Tiempo en meses	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
1 vez	25	19,8	7	10,1	17	28,3	14	23,3	13	32,5	9	47,3	86	22,9
Menos de 12	3	2,4	2	2,8	8	13,4	9	15	3	7,5	1	5,4	26	6,9
De 12 a 23	77	61,1	53	7,8	35	58,3	31	51,7	20	50,0	9	47,3	225	60,0
De 24 a 35	18	14,3	5	7,2	0	0	6	10	3	7,3	0	0	32	8,5
Más de 36 meses	3	2,4	2	2,9	0	0	0	0	1	2,5	0	0	6	1,6
Total	126	100	69	100	60	100	60	100	40	100	19	100	375	100

ñaña tiene mucho que hacer, es una eternidad para que le facturen, debería ser después de las 12 m." (E169). El 11,5% no respondió esta pregunta. La ocupación no se relacionó con la opinión de las usuarias sobre el horario ($\chi^2: 4,58, p=0,205$).

La información sobre el programa. Durante la observación se encontró que generalmente el horario de atención se publica en un lugar visible, lo cual está acorde con la normatividad. En dos unidades de salud, además, aparece descrito el trámite para solicitar el servicio.

El proceso. En este elemento se revisaron los procedimientos técnicos y administrativos desarrollados para la utilización eficaz y eficiente de los recursos del programa. Los procesos se analizaron teniendo en cuenta las actividades relacionadas con: 1) la toma de la citología que incluyó el procedimiento como tal, la aplicación de normas de bioseguridad, la información y educación brindada a la usuaria antes, durante, después del procedimiento y durante la entrega del resultado; 2) el sistema de referencia y contrarreferencia; 3)

el sistema de información; 4) la relación enfermera-paciente; 5) la percepción de las usuarias referente al Programa; 6) *participación del personal de salud en el Programa.*

1. La toma de la citología. El procedimiento. Las estrategias de captación de usuarias para la toma de la citología más usuales fueron: citar varias a la misma hora, por demanda espontánea y asignación de citas previas. El tiempo de espera observado desde la llegada de la usuaria a la institución hasta el inicio de la atención en el consultorio osciló entre 20 minutos y hora y media. El tiempo efectivo de atención en el consultorio fue 10 minutos aproximadamente, empleados en el interrogatorio, diligenciamiento de registros y toma de la citología.

La fijación de la muestra citológica se hizo al medioambiente, sin alcohol isopropílico al 95%; luego se envolvían en papel higiénico o toallas de papel y se remitían al laboratorio de referencia el mismo día, excepto en un centro de salud que se enviaron uno o dos días después. El envío de las placas al laboratorio citológico de referencia se acompañó del registro clínico de la usuaria y la identificación de la unidad de salud.

Las normas de bioseguridad. La toma de la citología implica el manejo de secreciones fisiológicas, lo que amerita el uso de careta de bioseguridad o gafas, tapabocas, guantes, blusas y protector de camilla desechables por paciente (12), en este sentido se observó que durante el procedimiento estas normas no se cumplen a cabalidad, excepto el cambio de guantes que se hizo por usuaria.

El lavado de manos antes y después del procedimiento es otro de los requeri-

mientos de bioseguridad, el cual se observó deficiente tanto en la frecuencia como en la calidad por parte de las auxiliares de enfermería durante la toma de la citología. En todas las unidades de salud el material contaminando (especulos, citocepillos y bajalenguas) se depositó en bolsa roja, según la norma. Este material es transportado con los demás desechos hospitalarios por una ruta especial recolectora de este tipo de residuos.

La educación en salud en el Programa.

En el componente de educación en salud que comprende actividades de orientación, información, consejería y asesoría, se encontró que la información que se brinda a las usuarias sobre el cáncer de cuello uterino (definición, prevención del cáncer y condiciones que debe cumplir la usuaria para el examen citológico) sólo en un centro de salud está visible en cartelera. Se observó que las indicaciones a las usuarias se hicieron de manera verbal según sus dudas, siendo las más frecuentes el precio de la citología, las condiciones para el examen, el horario de atención y los documentos requeridos.

En el momento de la toma de la muestra se observó que ninguna auxiliar de enfermería le explicó a las usuarias la técnica de la toma de la citología, antes o durante el procedimiento. Las indicaciones se centraron en la posición ginecológica, la finalización del procedimiento y el requerimiento de consulta médica inmediata. Cuando la auxiliar detectó algún signo de alteración en el cuello uterino, vagina y área perineal, se lo comunicó a la usuaria de inmediato, como se lee en los siguientes testimonios: “usted tiene que venir donde el médico, le dice que cuando le hicieron la citología le vieron la vejiga caída” (A3), “usted está muy quemada, debe cambiar la marca del protector, no echarse jabón, lavar los *pantys* solitos, si

no mejora venga donde el médico” (A3). El procedimiento terminó con la información sobre la fecha para reclamar el resultado. No fue frecuente que se informara a las usuarias sobre la programación de las actividades educativas.

Por norma institucional, para la entrega del resultado se hace una actividad informativa grupal sobre el cáncer de cuello uterino y la importancia de la citología; este espacio también se utilizó para informar acerca del cáncer y autoexamen de mama. Finalizada la actividad educativa se entregó el resultado de la citología a cada usuaria y se le indicó la conducta que debía seguir: consulta médica o próxima citología, según los hallazgos reportados. A ninguna usuaria se le dieron las indicaciones por escrito.

El 87,5% (328 usuarias) calificó las indicaciones recibidas durante la toma de la citología como excelente y buena, predominando la excelente, 58,4%. El 69,6% (261 usuarias) calificó la orientación y educación entre excelente y buena, siendo mayor la valoración buena, 44,5%. Se resalta el porcentaje de usuarias que calificaron este aspecto como deficiente 19,4% (56 usuarias) (cuadro 3). Se encontró una diferencia estadística entre el mayor grado de escolaridad y la calificación buena y excelente dada por las usuarias (χ^2 : 29,72, $p=0,013$).

El 42,4% de las usuarias manifestó haber recibido información sobre el procedimiento durante la toma de la citología, al 66,4% le explicaron la importancia de la citología, al 70,1% la relevancia de reclamar el resultado, al 17,6% las actividades educativas del programa, y al 70,7% la fecha para reclamar el resultado. El 87,5% consideró las indicaciones excelentes y

Se revisaron los procedimientos técnicos y administrativos desarrollados para la utilización eficaz y eficiente de los recursos del programa.

El lavado de manos antes y después del procedimiento es otro de los requerimientos de bioseguridad, el cual se observó deficiente tanto en la frecuencia como en la calidad por parte de las auxiliares de enfermería durante la toma de la citología.

buenas, valoradas en expresiones como: “lo animan a uno a hacerse la citología” (E35); “se toman la molestia de que uno esté tranquilo” (E64); el 9,6% las calificaron como regulares y deficientes, “No me dijeron nada”.

La orientación y educación fue evaluada como excelente y buena por el 69,6% de las usuarias; “entendí lo que me dijeron” (E30); “con esta información uno está más prevenido y tiene más salud” (E99). En contraste con el 27,2% que la calificaron entre regular y deficiente, “No dijeron nada”, calificación que fue independiente del nivel educativo de la usuaria (χ^2 : 18,667, $p=0,229$).

Respecto a la educación en salud, el 48% de las usuarias desconocen las actividades educativas en el Programa. El 27,5% no tiene conocimiento de la programación. El 24% asistió a alguna actividad educativa, y de éstas el 98,1% considera los temas adecuados y comprensibles.

La entrega del resultado: el tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y la entrega del resultado osciló entre 15 días y un mes. El 35,5% de las usuarias calificó este lapso como excelente y bueno, según ellas “tienen más tiempo para revisar bien el examen” (E38); el 31,2% regular y el 19,7% no apropiado porque “el resultado se demora mucho, uno se puede morir si la citología sale mala” (E125). La valoración hecha por las usuarias de este tiempo transcurrido fue independiente del nivel educativo (χ^2 : 14,10, $p=0,119$).

El registro del resultado de la citología es un componente de la historia clínica, el manejo que se le dio fue el siguiente: en un centro de salud se adjuntó el resultado y se hizo una nota de enfermería en

la hoja de evolución. En tres unidades de salud el resultado se anexó a la historia clínica, y en las otras dos se esperó a que las usuarias reclamaran el resultado; en este último caso, según las auxiliares de enfermería, puede transcurrir un año o más hasta que las usuarias consulten por otro motivo o simplemente nunca lo reclaman. En todas las unidades de salud los resultados positivos para algún tipo de lesión intraepitelial escamosa o cáncer se consignan en la historia clínica y se llama de inmediato a la usuaria por teléfono, esta llamada muchas veces no tiene éxito y cuando esto ocurre se deja constancia en la historia clínica.

2. Referencia y contrarreferencia. El tamizaje citológico es un procedimiento del primer nivel de atención, desde este nivel remite al superior cuando el resultado es positivo. Al respecto, todos los médicos participantes manifestaron remitir las usuarias con reporte de lesiones intraepiteliales escamosas, cáncer cervicouterino o problemas ginecológicos a especialistas de la red oficial de servicios de salud; sin embargo, ninguno obtuvo la contrarreferencia para el seguimiento de la paciente. Uno de ellos manifestó: “El especialista no manda ni una nota” (M 4). La escasa información que obtienen sobre el tratamiento realizado a las pacientes es a través de ellas mismas, cuando consultan nuevamente.

3. Sistema de información. La información es fundamental para la toma de decisiones clínicas, epidemiológicas y administrativas en los servicios de salud. Según el personal de salud participante, la información estadística, epidemiológica y de gestión del programa es limitada para la toma de decisiones, debido a que no se realizan informes completos de las activi-

dades e indicadores de salud que permitan la evaluación y el seguimiento del programa. Los informes mensuales generalmente contenían: el número de citologías realizadas, cumplimiento de actividades y procedimientos programados; no incluían el análisis de cobertura, concentración, rendimiento, utilización de los recursos en el Programa y de los resultados citológicos para orientar las medidas de intervención. La evaluación del Programa sólo se realizaba semestralmente en una unidad de salud, bajo la responsabilidad del médico.

4. *Relación enfermera paciente.* En esta relación, dos médicos manifestaron la necesidad de sensibilizar a las auxiliares de enfermería en la atención a las usuarias, con el fin de evitar que ellas posterguen o nieguen la atención; también consideran que la empatía entre la usuaria y la auxiliar es un factor determinante para que las usuarias accedan o regresen a la toma de la citología. Para los médicos, la sensibilidad de la auxiliar incluye capacidad de explicación, comprensión, respeto, prudencia y habilidad para realizar el procedimiento.

5. *Percepción de las usuarias de la relación con el personal de enfermería.* En el cuadro 3 se presenta, por unidad de salud, la evaluación de cada uno de los aspectos calificados por las usuarias durante la atención de enfermería en la toma de la citología. El saludo fue evaluado como bueno por el 59,2% y excelente por el 31,5% de las usuarias, explicado en “decir buenos días”, “ser formal”, “respetuosa”, “tener carisma”, “ser educada y estudiada”; el 8,5% lo calificó de regular y deficiente, “la enfermera solo es amable cuando no hay casi gente”, “se ofusca, es muy repelente”. Durante la atención de la usuaria se observó, en ocasiones, interrupciones por parte de la auxiliar de

enfermería para responder a situaciones como: llamadas telefónicas, cumplimiento de otras actividades asignadas, mantenimiento del consultorio y atención de asuntos administrativos que interfirieron y retardaron la atención de la usuaria hasta 15 minutos. Una de las auxiliares se justificó así “con tantas actividades no puedo prestarle atención a la historia personal o comentarios de todas las pacientes, no me alcanza el tiempo” (A1).

El interrogatorio (anamnesis) fue valorado como bueno por el 59,5% y excelente por el 23,5%. Las preguntas que hicieron las auxiliares de enfermería las consideraron útiles para orientar la toma de la muestra y el diagnóstico citológico; al respecto expresaron: “las preguntas son necesarias para un buen resultado de la citología” (E350); “para que el diagnóstico salga bueno y para saber si manda otro examen” (E181). El 9,3% consideró el interrogatorio regular y el 5,1% deficiente; la razón principal fue “No me hicieron preguntas” (E79).

El procedimiento de la toma de la citología fue calificado como bueno por el 62,1% y excelente por el 26,9%, algunos testimonios de ello fueron: “Tienen mucho cuidado con uno” (E120); “le preguntan si le dolió” (E5); “le dan apoyo” (E17); “es muy delicada para hacer el examen” (E211). El 10,1% lo calificó como regular y deficiente; expresado como: “Pareció que me hubiesen metido el espéculo por donde no tenía hueco” (E23); “Salí sangrando” (E49); “no me explicaron nada, sería bueno, porque en sí, no sabe uno lo que le hacen” (E153).

6. *Participación del personal de salud en el Programa.* Siete de las ocho auxiliares de enfermería encuestadas consideraron el tiempo semanal dedicado al programa suficiente, el cual osciló entre 4

En tres unidades de salud el resultado se anexó a la historia clínica, y en las otras dos se esperó a que las usuarias reclamaran el resultado; en este último caso, según las auxiliares de enfermería, puede transcurrir un año o más hasta que las usuarias consulten por otro motivo o simplemente nunca lo reclaman.

La información estadística, epidemiológica y de gestión del programa es limitada para la toma de decisiones, debido a que no se realizan informes completos de las actividades e indicadores de salud que permitan la evaluación y el seguimiento del programa.

y 15 horas. Los médicos expresaron que las auxiliares de enfermería eran idóneas para realizar las actividades contempladas en la Norma Técnica de la Resolución 412 del Ministerio de Salud (9), y que las enfermeras eran más competentes en las actividades de educación en salud. Los médicos y las auxiliares de enfermería reclamaron la presencia de la enfermera en el Programa por su liderazgo y conocimientos en gestión y en educación en salud.

La participación de los médicos en el Programa consistió en atender a las usuarias en el tratamiento o la remisión a otro nivel de atención cuando fueron enviadas por las auxiliares.

Los resultados. En este elemento de la evaluación de un programa se incluyen los logros administrativos (cobertura, producción, productividad) y el impacto en la salud de la población (cambios en los perfiles epidemiológicos), sin embargo, ninguna unidad realizaba evaluación de impacto del Programa, esencialmente porque carecen de la información para la construcción de los indicadores de impacto: prevalencia, tasas de mortalidad global y específica, años de vida saludables perdidos, costos económicos y sociales, cobertura de la citología. No se pudo determinar la cobertura del Programa por no disponer de datos poblacionales y citología de primera vez en el año.

Según la encuesta aplicada a las usuarias, el 78,7% se sentían satisfechas con el programa, el 13,1% muy satisfechas, el 6,7% poco satisfechas y el 1,4%, insatisfechas. La satisfacción de las usuarias con el programa fue independiente de la edad ($\text{Chi}^2: 9,795, p=0,832$), la escolaridad ($\text{Chi}^2: 14,100, p=0,119$), la ocupación ($\text{Chi}^2: 2,218, p=0,528$) y el estado civil ($\text{Chi}^2: 2,232, p=0,889$). El 98,7% de las

usuarias recomendarían el Programa a otras mujeres, “Es algo que necesitamos todas las mujeres para la salud” (E12), “Es importante para prevenir” (E306), “Porque es importante que cada mujer sepa cómo está su cuerpo” (E53).

Discusión

Para impactar en el problema del cáncer de cuello uterino, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (4) plantea la oferta de un programa de prevención y control del cáncer cervicouterino eficaz, que aborde aspectos relacionados con la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, que integre la disponibilidad del diagnóstico, tratamiento y atención subsiguientes rápidos, fiables y asequibles; aunado a los demás elementos de infraestructura de apoyo: servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas.

Siguiendo este lineamiento, la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino descrita en la Resolución 0412 del 2002 del Ministerio de Salud de Colombia (9) tiene por objetivo identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo, y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de supervivencia.

Los planteamientos de la OPS y de la norma técnica se encaminan hacia la oferta de un programa con acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, con poco énfasis en la promoción de salud, que se

Cuadro 3. Calificación de las usuarias de la atención recibida por unidad de salud, en la Unidad Prestadora de Servicios de Salud, Medellín, 2008.

ASPECTO	HOSPITAL PRIMER NIVEL		CENTROS DE SALUD								PUESTO DE SALUD		TOTAL	
	n=126		No. 1 n=69		No. 2 n=60		No. 3 n=60		No. 4 n=40		n=19		n=374	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Saludos														
Excelente	32	25,4	15	21,7	25	41,7	27	45	9	22,5	10	52,6	118	31,5
Bueno	75	59,5	52	75,4	32	53,3	27	45	28	70	4	42,1	222	59,2
Regular	15	11,9	1	1,4	3	5	5	8,3	3	7,5	0	0	27	7,2
Deficiente	3	2,4	0	0	0	0	1	1,7	0	0	1	5,3	5	1,3
No responde	1	0,8	1	1,4	0	0	0	0	0	0	SD	SD	3	0,8
Total	126	100	69	100	60	60	60	40	40	19	19	19	374	374
Interrogatorio														
Excelente	25	19,8	9	13	19	31,7	21	35	6	15	8	42,1	88	23,5
Bueno	78	61,9	49	71	29	48,3	34	56,7	24	60	9	47,4	223	59,5
Regular	14	11,1	2	2,9	8	13,3	5	8,3	6	15	0	0	35	9,3
Deficiente	5	4	5	7,2	4	6,7	0	0	3	7,5	2	10,5	19	5,1
No responde	4	3,2	4	5,8	0	0	0	0	1	2,5	0	0	10	2,7
Realización de la citología														
Excelente	25	19,8	9	13	25	41,7	27	45	7	17,5	8	42,1	101	26,9
Bueno	78	61,9	53	76,8	31	51,7	29	48,3	31	77,5	11	57,9	233	62,1
Regular	21	16,7	4	5,8	4	6,7	4	6,7	2	5	0	0	35	9,3
Deficiente	1	0,8	2	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
No responde	1	0,8	1	1,4	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0,8
Indicaciones durante la citología														
Excelente	27	21,4	8	11,6	28	46,7	29	48,3	7	17,5	10	52,6	109	29,1
Bueno	74	58,7	52	75,4	29	48,3	29	48,3	26	65	9	47,4	219	58,4
Regular	13	10,3	3	4,3	3	5	1	1,7	2	5	0	0	22	5,9
Deficiente	7	5,6	4	5,8	0	0	0	0	3	7,5	0	0	14	3,7
No responde	5	2,4	2	2,9	0	0	1	1,7	2	5	0	0	11	3
Orientación y educación														
Excelente	24	19	5	7,2	24	40	26	43,3	4	10	11	57,9	94	25,1
Bueno	62	49,2	41	59,4	22	36,7	17	28,3	20	50	5	26,3	167	44,5
Regular	15	11,9	3	4,3	8	13,3	10	16,7	10	25	0	0	46	12,3
Deficiente	21	16,7	16	23,2	6	10	6	10	4	10	3	15,8	56	14,9
No responde	4	3,2	4	5,8	0	0	1	1,7	2	5	0	0	12	3,2

plantea en la meta de detección temprana del cáncer de cuello uterino de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (13). En Colombia, desde el 2007, el cáncer de cuello uterino hace parte de las prioridades de salud pública en el Plan Nacional de Salud (14); sin embargo, el sistema de salud reconoce algunos problemas en el control de este cáncer, como son las bajas coberturas y las deficiencias en el sistema de garantía de la calidad (2, 15, 16).

Los resultados de esta investigación mostraron que el programa que se ofrece

en las unidades de salud valoradas se enfoca hacia el tamizaje de la citología cérvico-uterina con actividades como: captación de usuarias, toma de la muestra, entrega del resultado, información sobre el cáncer de cuello uterino y sobre el horario de atención, y remisión de la usuaria cuando se requiere.

La captación de usuarias se hace por demanda espontánea y por la remisión desde la consulta médica, odontológica o desde otros programas que se ofrecen en las unidades; no se realizan activida-

des informativas o educativas por fuera de la unidad con participación de grupos o líderes comunitarios, estrategias que podrían aumentar la cobertura. El aumento en la demanda del programa sería más efectivo si se promueve y motiva su uso mediante una comunicación directa con la comunidad, en espacios diferentes a las instituciones de salud.

En cuanto a la toma de la muestra citológica se encontró que esta actividad es efectuada únicamente por la auxiliar de enfermería, situación no concordante con lo planteado en la Norma técnica antes citada, donde se especifica que “debe ser realizada por médico o enfermera debidamente capacitados” (9). Si bien las auxiliares de enfermería de las unidades de salud estudiadas poseían habilidades técnicas para la toma de la muestra, es la enfermera, con su formación científico-técnica, quien debe asumir las funciones, como lo establece la norma.

Otro hallazgo de interés fue la deficiencia en la información, orientación y educación a la usuaria; en este sentido, en el 2006, Azevedo et ál., reportaron la falta de información y educación en salud como una de las limitantes de las mujeres de Fortaleza, Brasil, para recuperar los resultados del examen citológico y continuar con el tratamiento (17). En Colombia, Wiesner et ál., hallaron que las barreras culturales, la desinformación y, particularmente, la mala calidad de los programas percibida por las usuarias son causales que determinan el acceso al tamizaje citológico (18).

Con relación a lo anterior, la entrega de los resultados citológicos acompañada de una actividad informativa es poco efectiva en el cambio de comportamientos de la población hacia hábitos saludables que

Ninguna unidad realizaba evaluación de impacto del Programa, esencialmente porque carecen de información para la construcción de los indicadores de impacto.

repercutan en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por el cáncer de cuello uterino, sin dejar de reconocer los otros factores que inciden en esta problemática. Reyes et ál. (19) consideran que para lograr mayor impacto, la educación en salud, además de la información, debe comprender la comunicación, la asesoría directa e individual, y el compromiso de la población hacia su autocuidado y autorregulación.

Siguiendo con las actividades que se desarrollan, se encontró que el médico ordena el tratamiento para las infecciones vaginales cuando se detectan durante la citología, y remite a las usuarias con resultados patológicos a otro nivel de atención sin recibir la contrarreferencia, lo que afecta el seguimiento de las pacientes.

Aunque las usuarias con resultados de citología patológicos se remiten al nivel de atención correspondiente, generalmente encuentran obstáculos administrativos del sistema de salud que fragmenta la atención a través de la intermediación de las empresas promotoras de salud, siendo la condición más frecuente la falta de contratación con las instituciones de segundo nivel de atención. Unido a esto, se presenta la ausencia de la contrarreferencia mencionada. De esta manera, la desarticulación entre las actividades detectada en esta investigación dificulta el impacto en la salud de las mujeres y afecta la calidad del Programa. Al respecto, la OPS (20) manifestó que:

la calidad de la salud debe ser una prioridad y una realidad para los gobiernos de todos los países de la región de América Latina, para ello se deben definir intervenciones que permitan mejores resultados para la salud, trabajar por

el desarrollo de los recursos humanos, definir mecanismos de financiamiento social de los programas de salud, establecer modelos de cuidado basados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aplicar las funciones esenciales de la salud pública, y extender la protección social en salud.

Como lo expresa la OPS, el desarrollo de los recursos humanos es esencial para la calidad de los programas; “es indispensable que el personal se capacite en forma continua y esté totalmente comprometido con los objetivos del servicio” (20); contar con el personal suficiente, calificado y motivado para desarrollar las actividades le suma a la proyección del Programa, situación que no fue detectada en esta investigación al identificarse limitaciones en cantidad y calidad del personal de salud asignado a las actividades del tamizaje citológico. Por lo anterior, es necesario establecer planes de capacitación periódicos que permitan actualizar los conocimientos científicos y técnicos del personal de salud, y de esta manera mejorar la calidad de la prueba citológica y del Programa.

En este estudio no se evaluó la calidad del proceso, el análisis y la lectura de la citología debido a su concentración en un laboratorio de referencia de citopatología contratado por la red de Metrosalud, sin embargo, se resalta la importancia de este componente en la evaluación de la calidad del Programa de prevención del cáncer de cuello uterino (21, 22).

Aunque no hay asignación directa de recursos financieros para el Programa, las actividades (toma de citología, remisión, charlas informativas) no se vieron afectadas por la falta de insumos, lo que no excluye que una organización diferente del

Programa, con asignación de presupuesto, pueda aportar mayor desarrollo y autonomía, destinando recursos para proyectos de intervención, investigación y evaluación de impacto en el ámbito comunitario, centrados en la promoción de la salud y prevención de factores de riesgo. En esta investigación la disponibilidad de recursos financieros en los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino, que puede ser una limitante unida a la prevención y control de este cáncer, no fue objeto de evaluación (20).

Otro de los hallazgos importantes fue la carencia de sistemas de información locales que apoyen la toma de decisiones en salud, la vigilancia y evaluación fiable y fidedigna, situación también descrita por la OPS en los países de América Latina (20). En Colombia, aún no se dispone de un registro poblacional unificado para el reporte de la morbilidad por cáncer de cuello uterino y lesiones intraepiteliales escamosas, solo se reporta la mortalidad consignada en los registros poblacionales de cáncer del país.

El proceso de comunicación entre el personal de salud y las usuarias es unilateral, liderado por el personal de salud. La información unilateral en los diferentes momentos: indicaciones, orientación, actividad educativa, entrega de resultados, fue otra de las deficiencias detectadas en esta investigación, lo cual está influenciado por factores como estrategias de comunicación inadecuadas, escaso material educativo, falta de capacitación en educación en salud en el personal, y poca disponibilidad de tiempo; la consecuencia subsiguiente es la no participación de las mujeres en las decisiones que orientan las actividades del Programa.

En la encuesta aplicada por la OMS en el 2001, en 35 países de las Américas, con el fin de evaluar las capacidades específicas de cada país en la atención del cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública, el 54,2% de los países dijeron tener un plan para el control de este cáncer, el 46% poseían sistemas de vigilancia o información sobre el cáncer cérvico-uterino, el 68,5% contaban con directrices o normas para la prevención y el tratamiento, y el 77% disponían de recurso humano y medios para la vigilancia de este tipo de cáncer al nivel de la atención primaria de salud (4).

Finalmente, la Carta de Ottawa (23) expresa al respecto:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma; además, promueve la equidad, su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Lo anterior implica acceso a la información y capacidad para asumir el control de los factores determinantes de la salud con participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud; lo cual se ratifica en la V Conferencia de la OPS realizada en México (24). En esta investigación se enfatiza en la necesidad de trascender las normas técnicas y ofrecer programas a las mujeres con calidad (25) y con enfoque de equidad de género, en los cuales las voces de ellas

En Colombia, desde el 2007, el cáncer de cuello uterino hace parte de las prioridades de salud pública en el Plan Nacional de Salud; sin embargo, el sistema de salud reconoce algunos problemas en el control de este cáncer, como son las bajas coberturas y las deficiencias en el sistemas de garantía de la calidad.

cuenten en las decisiones y orientaciones de los programas para satisfacer sus necesidades de salud.

Conclusiones

El programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino debe fortalecer todos sus componentes con ma-

yor eficiencia y eficacia para lograr mejor impacto en la salud de las mujeres, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por este cáncer.

Retomar el concepto de integralidad como programa de salud pública debe ser una política de Estado, y su desarrollo, un compromiso de todos los funcionarios que laboran en él.

Agradecimientos

Las autoras agradecen la colaboración del equipo de salud y la participación de las usuarias de la UPSS en estudio, a la empresa social del Estado, Metrosalud, y al Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia, CODI, por la cofinanciación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002 Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide IARC Cancer Base No. 5, version 2.0 IARC Press, Lyon; 2004.
2. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Bogotá: Profamilia; 2005.
3. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Boletín Información para la Acción. Medellín; 2007.
4. Lewis JM. A situational analysis of cervical cancer in Latin America & the Caribbean. Washington, D.C. PAHO 2004: 4. Disponible en: <http://paho.org/english/ad/dpc/nc/pcc-cc-sit-lad.pdf>. [Fecha de acceso: 23 de agosto de 2008].
5. DANE. Población. Estadísticas vitales, Indicadores demográficos. Mortalidad. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category§ionid=16&id=36&Itemid=148. [Fecha de acceso: 29 de febrero de 2008].
6. Gobernación de Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Eventos de salud pública. Disponible en: www.dssa.gov.co/download/mortalidad2007/MorCACERVIX95-06.xls. [Fecha de acceso: 1 de agosto de 2007].
7. Instituto Nacional de Cancerología. Anuario estadístico. Disponible en: <http://www.incancerologia.gov.co>. [Fecha de acceso: 16 de agosto de 2008].
8. Alzate A, Vélez J, Lalinde M. Programas de atención a las personas. Aspectos básicos. Medellín: Dirección Seccional de Salud Antioquia; 1994. p. 6.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 00412 de 25 de febrero de 2000: por la cual establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá; 2000. pp. 2-3.
10. Donabedian A, Wheeler J, Wyszewianki L. Quality, cost, and Health an integrative model. *Med care* 1982; 20: 975-992 Citado por: Donabedian A. En: Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: definición de calidad. México: Fenian; 1990. p. 16.
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 3 de abril de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.; 2006.
12. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.; 2006.
13. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva. Bogotá, febrero 2003. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/newsdetail.asp?id=15132&idcompany=3>. [Fecha de acceso: 14 de febrero de 2010].
14. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta

- el Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá; 2007. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co/vbe-content/NewsDetail.asp?ID016491&DCompany=3. [Fecha de acceso: 12 de julio de 2008].
15. Lucumí D, Gómez L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de la citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78 (3): 367-77.
 16. Restrepo ZA, Mejía MA, Valencia AM, Tamayo AL. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia, en 2006. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81 (6): 657-666.
 17. Azevedo GS, Antero SMM, Viera SN. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolaou. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14 (4): 503-9.
 18. Wiesner CC, Vejarano VM, Caicedo MJ, Tovar MS, Cendales DL. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista Salud Pública* 2006; 8 (3): 185-196.
 19. Reyes W, Grau J, Prendes M. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? En: *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (2): 176-83 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_2_99/mgi10299.pdf. [Fecha de acceso: 10 de febrero de 2010].
 20. Analysis of Health Sector Reforms. Region of the Americas. Washington, D.C., July 2004. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/analisis_reforma_sector_salud-region-america.htm. [Fecha de acceso: 16 de agosto de 2008].
 21. Salmeron J, Lazcano E, Pérez R, Río Iliana del, Torres I, Hernández M. Proposal to institutionalize criteria and quality standards for cervical cancer screening within a health care system. *Cad Saude Publica* 1998; 14 (Sup. 3): 67-75.
 22. Pineros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia. *Rev Salud pública* 2005; 9 (3): 327-41.
 23. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvs-deps/fulltext/conf1.pdf>. [Fecha de acceso: 14 de agosto de 2008].
 24. V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5-9 de junio de 2000. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf. [Fecha de acceso: 14 de agosto de 2008].
 25. Montero RE. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica* [publicación periódica en línea] 2004; 1(2). Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>. Publicado 12 de marzo, 2004. [Fecha de acceso: 16 de septiembre de 2007].