

Calidad del Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en hospitales públicos de municipios con altas tasas de mortalidad, Antioquia, Colombia, 2010

Quality of the Program for timely detection and control of cervical cancer in public hospitals located in municipalities with high mortality, Antioquia, Colombia, 2010

Lucía Stella Tamayo Acevedo¹, Liliana María Henao Franco²

Introducción: en Colombia se creó el Programa Detección temprana y control cáncer de cuello uterino para intervenir esta enfermedad. Aunque la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud incluye la calidad de la atención en salud entre sus componentes, la prestación de los servicios de prevención de la enfermedad se realiza mediante actividades desarticuladas, deteriorándose los procesos de atención y control. **Objetivo:** evaluar la calidad del Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino, en hospitales públicos de nueve municipios de Antioquia, Colombia con altas tasas de mortalidad. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo transversal; se incluyeron nueve municipios con tasas de mortalidad más altas que el promedio de Antioquia durante 2000 a 2006; por cada municipio se evaluó un hospital público que ofreciera actividades de primer nivel de atención para el Programa. Se utilizó la teoría de sistemas en evaluación de servicios de salud propuesta por Donabedian; se aplicaron encuestas al personal de salud y a las usuarias, y guías de observación al proceso de atención. **Resultados:** se encontró planificación normativa inadecuada, déficit de recursos en cantidad y calidad, fragmentación de la atención, ausencia de sistemas de información y restricción de acciones de promoción de la salud; no obstante, un alto porcentaje de usuarias satisfechas con la atención recomendarían el Programa. Al final del período, en ocho municipios las tasas de mortalidad disminuyeron en un 50%; sin embargo, algunas de ellas permanecieron más alta que la tasa departamental. **Conclusiones:** en todos los hospitales la calidad del Programa fue deficiente. Se recomienda intervenir cada uno de los componentes, mejorar la participación de actores políticos y sociales, e implementar actividades de planeación, evaluación y monitoreo.

Palabras clave: calidad de atención en salud, neoplasias de cuello uterino, salud pública, prevención de cáncer de cuello uterino.

Introduction: the program for timely detection and control of cervical cancer was created in Colombia to intervene in this disease. Although the reform of the General System of Social Security in Health includes the quality of health care among its components, the provision of

¹ Enfermera, Especialista en Estudios internacionales, MSc en Epidemiología, PhD en Ciencias Médicas. Docente de la Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correspondencia: E-mail: ltamayo@catios.udea.edu.co

² Microbióloga y Bioanalista. MSc en Microbiología y Bioanálisis, Escuela de Microbiología. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Conflicto de intereses: las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Medicina & Laboratorio 2012; 18: 537-556

Módulo 19 (Investigación), número 16. Editora Médica Colombiana S.A. 2012[®].

Recibido el 30 de septiembre de 2012; aceptado el 10 de diciembre de 2012.

disease prevention services is made through unarticulated activities, which disrupts the processes of health care and control. **Objective:** to assess the quality of the program for timely detection and control of cervical cancer in public hospitals of nine municipalities of Antioquia with high mortality rates. **Materials and methods:** a descriptive study was conducted. It included nine municipalities with mortality rates higher than the mean in Antioquia between 2000 and 2006, one public hospital offering first-level attention activities in the Program of timely detection and control of cervical cancer per municipality. The methodology of evaluation of health services proposed by Donabedian was applied. Surveys to health staff and patients were conducted; observation guides to the process of health care were also performed. **Results:** inadequate policy planning was found, as well as resource gaps in quantity and quality, fragmentation of health care, lack of information systems and restriction of activities to promote health. Nevertheless, a high percentage of patients were satisfied with the care and would recommend the program. At the end of the observation period, a decrease of 50% in mortality rates of eight municipalities was observed, but some of them remained higher than Antioquia average. **Conclusions:** the quality of the program was poor in each hospital included in the study. The restructuring of the components of the program is advised, along with the improvement in the involvement of different stakeholders and the implementation of activities related with planning, evaluation and monitoring.

Key words: quality of health care, uterine cervical neoplasms, public health, cervix neoplasms prevention.

En el contexto internacional, latinoamericano y nacional, el cáncer de cuello uterino, después del cáncer de mama es la neoplasia más común en mujeres [1, 2]. Ante el creciente interés de intervenir las enfermedades crónicas prevalentes se crearon los programas de salud, entre ellos el Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino, exitoso en países desarrollados como Dinamarca, Islandia, Finlandia, Suecia, Reino Unido, Canadá y Estados Unidos. Estos países, a partir de las estrategias de tamizaje citológico y seguimiento a pacientes con anomalías citológicas, lograron disminuir las tasas de mortalidad, situación que contrasta con la de los países en vía de desarrollo, donde el Programa no ha tenido el mismo efecto [3]. Entre las causas reconocidas se encuentran la baja sensibilidad de la prueba de tamizaje (citología), la organización insuficiente del Programa, la ausencia de seguimiento a las pacientes con lesiones precancerosas y la baja calidad de los programas existentes [2-5].

En tal sentido, desde la década de los años ochenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometió con la calidad, al considerar que “la atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos y de la población, de una forma total y precisa, destina los recursos de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” [6].

Para Avedis Donabedian, la calidad de la atención en salud es “el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, con el objeto de mantener, restaurar y promover la salud” [7, 8]. Para conocer el estado real de la calidad, la evaluación es un instrumento de comparación de una situación, acción o resultado, con una norma de calidad o estándar prestablecido [8].

Los intentos por evaluar la calidad de los servicios de salud se remontan a los finales del siglo XIX, cuando se registraron los primeros esfuerzos de Florencia Nightingale durante la Guerra de Crimea (1854) en el empleo de herramientas estadísticas para medir la mortalidad en un hospital [9]. Desde entonces, se trabaja para mejorar la prestación de los servicios de salud [10].

La evaluación de la calidad de la atención en salud bajo el enfoque de la Teoría de sistema comprende la evaluación de la estructura, del proceso y de los resultados. En la evaluación de la estructura se incluyen los atributos materiales y organizacionales; la evaluación del proceso se refiere a todo lo que los médicos o el personal de salud hace por los pacientes, así como a la habilidad con lo que lo llevan a cabo, y todo lo que los pacientes hacen por ellos mismos; finalmente, la evaluación de los resultados hace referencia al efecto de la atención en la salud en el paciente [7, 9, 10].

En Colombia, la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) [11], incluye la calidad de la atención en salud entre sus componentes [12] con el propósito de enfrentar los problemas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y en la asignación de recursos físicos y financieros [13]. Sin embargo, en la implementación del SGSSS, la prestación de los servicios de prevención de la enfermedad se realizó mediante actividades desarticuladas, por lo que se deterioraron los procesos de atención y de control. Ejemplo de ello, es el Programa Detección temprana y control del cáncer de cuello uterino, que fue perdiendo el carácter de programa y se convirtió en una serie de actividades de difícil monitoreo y evaluación [14]. Dicho Programa, se focalizó en el tamizaje citológico, con menor énfasis en las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y tratamiento oportuno, es decir, se perdió el carácter de atención integral [13, 15].

Con nexa, a la situación antes expuesta, la tasa de mortalidad nacional por cáncer de cuello uterino está por encima del promedio suramericano. En el 2008, el país notificó una incidencia del 21,5 por cien mil mujeres [1]. En el 2009, la tasa de mortalidad ajustada por edad fue 8,0 por cien mil mujeres, mientras que el promedio suramericano correspondió a 5,7 por cien mil mujeres [16]. En Antioquia, durante 2005 a 2009, de los 125 municipios que conforman el departamento, en 120 se notificaron muertes por cáncer de cuello uterino [17]. Entre los factores responsables de estas cifras se encuentran la baja cobertura por citología en la población de alto riesgo, la ausencia de seguimiento al esquema de tamizaje citológico 1-1-3 y las dificultades en la afiliación al sistema de salud [15, 18].

Bajo las consideraciones anteriores, se evaluó la calidad del Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en hospitales públicos de nueve municipios de Antioquia con altas tasas de mortalidad, y es un producto del proyecto de investigación “Comparación de la calidad del Programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en hospitales públicos ubicados en municipios de Antioquia, Colombia con altas y bajas tasas de mortalidad, 2008”, cofinanciado por el Comité de Investigaciones, CODI de la Universidad de Antioquia, en la convocatoria temática de 2009.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio descriptivo transversal.

Objeto de estudio

El objeto de estudio fue la evaluación del Programa o de las actividades dirigidas a la prevención y la detección temprana del cáncer de cuello uterino que se hubieran ofrecido por lo menos en los dos últimos años. Se seleccionaron nueve hospitales públicos ubicados en municipios con altas tasas de mortalidad por este cáncer, uno por cada región del departamento de Antioquia: Urabá, Magdalena Medio, Bajo Cauca, Nordeste, Suroestes, Occidente, Oriente, Valle de Aburrá y Norte.

Se consideraron criterios de selección: hospital público que brindara actividades de primer nivel de atención para el Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino, que las actividades se ofrecieran por lo menos en los dos últimos años, y que el hospital estuviese ubicado en el municipio con el promedio más alto de mortalidad durante 2000 a 2006 en la región antioqueña a la que perteneciese, según las estadísticas vitales reportadas por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia [17]. Se seleccionaron los siguientes municipios con tasas promedio de mortalidad por cien mil mujeres: Puerto Berrío, 20,8; Cáceres, 14,9; Turbo, 13,7; Amalfi, 20,2; Santafé de Antioquia, 16,5; Santa Bárbara, 15,5; Valdivia, 11,6; Sonsón, 13,2, y Caldas, 8,7. Se consideró como unidad de análisis al conjunto de actividades de primer nivel de atención realizadas en el Programa.

Evaluación del Programa

La evaluación del Programa se hizo bajo el enfoque de la Teoría de sistemas, adaptado por Donabedian para la evaluación de servicios de salud [7, 8]. Se consideraron los siguientes componentes:

- Estructura: capacitación del personal de salud, recursos humanos, técnicos, físicos y financieros, e insumos según disponibilidad y organización.
- Proceso: atención a la demanda, oportunidad, procesos técnicos, sistema de información, educación, percepción de las usuarias sobre el proceso de atención, toma de decisiones, referencia y contrarreferencia.
- Resultado: satisfacción de las usuarias e impacto del Programa sobre las tasas de mortalidad.

La prueba piloto se desarrolló en el hospital del municipio de Guarne. Se aplicaron 10 encuestas a usuarias del Programa, dos entrevistas al personal de salud y una guía de observación durante el proceso de toma de citologías y entrega de resultados; simultáneamente, se verificaron las condiciones de la infraestructura, la dotación y el suministro del Programa. Luego se procedió a ajustar los instrumentos.

Recolección de la información

Para el inicio de la recolección de información se tuvo un acercamiento telefónico con el responsable del Programa en cada institución con el fin de concertar el cronograma de la visita al hospital. Se envió la ficha técnica del proyecto con anticipación. De igual forma, se solicitó el consentimiento informado por escrito al personal de salud y a las usuarias del Programa al momento de aplicar la encuesta; en ambos casos se explicaron los objetivos de la investigación y en qué consistía la participación del encuestado.

En la recolección de la información se utilizaron tres instrumentos:

- Una encuesta estructurada dirigida a los profesionales de la salud que realizaban actividades asistenciales en el Programa. Se indagó sobre los procedimientos técnico-administrativos del Programa, las actividades de capacitación, los recursos técnicos, físicos y financieros, y el seguimiento a las usuarias. La encuesta fue respondida por 40 funcionarios de salud.
- Una encuesta estructurada dirigida a usuarias del Programa en una muestra por conveniencia entre 70 y 100 usuarias por municipio, con muestreo consecutivo, es decir, se realizaba a medida que demandaran el servicio, y se conservó una proporción entre población urbana y rural y la distribución por grupos de edad de las mujeres en edad fértil según estadísticas poblacionales del DANE 2006 [19]. La encuesta incluyó preguntas de-

mográficas o relacionadas con la percepción del proceso de atención y satisfacción con el Programa. La encuesta fue respondida por 747 usuarias; en todas las preguntas se incluyó la opción “no deseo responder”.

- Una guía de observación al proceso de atención para verificar y completar la evaluación de los recursos físicos, materiales y humanos, y de los procesos técnicos y administrativos. Adicionalmente, en cada hospital, se revisó de manera aleatoria 10 historias clínicas, la mitad de mujeres con resultado citológico anormal y la otra mitad de mujeres con resultado normal, con el fin de constatar el resultado citológico, el seguimiento médico o de enfermería, la referencia y la contrarreferencia, entre otros procesos de atención.

Se realizaron ocho de las nueve visitas programadas. En uno de hospitales en el momento de aplicar la guía de observación no hubo usuarias en consulta que y no se pudo valorar el proceso de atención del personal de salud por parte de las investigadoras; tampoco se pudo concretar una segunda visita por dificultades en la disponibilidad del personal de salud y acceso al municipio por la ola invernal. Para esta institución, la evaluación del Programa se realizó a partir de los instrumentos aplicados al personal de salud y la encuesta a las usuarias.

En el control de los sesgos de información se consideraron los generados por las investigadoras, los cuales se minimizaron mediante la estandarización de éstas y del personal de apoyo para aplicar las encuestas. Los sesgos de memoria y los sesgos voluntarios de los investigados se regularon mediante preguntas de control en los instrumentos y en todo momento se evitó inducir las respuestas de los participantes.

Una vez terminada la recolección de información en cada hospital, se le dio asesoría al personal de salud y se les indicó sobre las deficiencias observadas en el funcionamiento del Programa.

Análisis estadístico

La información se analizó en el orden de los componentes de la evaluación: estructura, proceso y resultado. Los datos de las encuestas se analizaron a través de proporciones y medias. Se hizo un análisis bivariado en tablas de 2x2. Se determinó la significancia estadística con la prueba Chi cuadrado para valorar la relación entre variables, cuando fuese necesario.

El componente resultado se evaluó a través del comportamiento de las tasas de mortalidad de cáncer de cuello uterino durante 2005 a 2010 en cada municipio incluido en el estudio [17]. Así mismo, las tasas de mortalidad se compararon con la meta nacional del Ministerio de Salud y Protección Social para el 2010, estipulada en una tasa de 7,6 por cien mil mujeres [20].

Por su parte, la satisfacción de las usuarias con el Programa se valoró en la escala: muy satisfecha, satisfecha, poco satisfecha e insatisfecha.

Resultados

Los resultados se presentan siguiendo los componentes de la evaluación: estructura, proceso y resultado, adaptado de la Teoría de sistemas de Donabedian para la evaluación de servicios de salud [7, 8].

Evaluación de la estructura

A continuación se describen los hallazgos en el análisis de la disponibilidad y la organización de los recursos humanos, técnicos, físicos y financieros del Programa, así como la capacitación e insumos.

Disponibilidad del recurso humano

El tiempo asignado al personal de salud para la toma de muestra citológica, la entrega de resultados, la consulta médica, el tratamiento, la gestión y las actividades educativas fue variable. En las nueve instituciones se asignó según la demanda del Programa. Las actividades con mayor asignación de tiempo fueron la toma de muestra citológica y la entrega de resultados, y las de menor tiempo fueron las actividades relacionadas con gestión, control, seguimiento y educación, incluso en la mayor parte de los hospitales no se asignaba tiempo para las actividades de seguimiento y de educación.

Por lo general, cada institución de salud disponía para el Programa de auxiliar de enfermería, enfermera y médicos de consulta externa; estos últimos incluían en su consulta de rutina a las usuarias con alteraciones citológicas (ver **tabla 1**).

El 68,4% del personal de salud tenía menos de dos años en el Programa y el 31,6% más de dos años, siendo el tiempo máximo 14 años. El personal de enfermería, en particular las auxiliares se concentraban en el tamizaje citológico intramural. Solo en los hospitales de Amalfi y Santafé de Antioquia se tenía personal asignado para el tamizaje extramural, estrategia propuesta para aumentar la cobertura, especialmente en las zonas rurales. Por lo general, la coordinación del Programa se asignaba a enfermeras; su función se limitaba a la organización de turnos laborales y a la asignación de tareas. Las actividades de control, evaluación y seguimiento se delegaba en auxiliares de enfermería; la razón expuesta fue la alta rotación de las enfermeras en la coordinación del Programa, lo que entorpecía la continuidad de acciones de mejora a mediano y a largo plazo; además, afectaba el acercamiento entre la usuaria y el personal de enfermería en el momento de solicitar la atención.

Capacitación del personal en el Programa

El 52,5% del personal de salud del Programa recibió inducción, el 17,5% entrenamiento y 7,5% ambos. El 22,5% refirió no haber recibido inducción y entrenamiento para su desempeño en el Programa.

En el 50% de los hospitales la inducción y el entrenamiento duró un día (Puerto Berrío, Amalfi, Santafé de Antioquia, y Santa Bárbara), con un máximo de 60 días en el hospital de Turbo. En las demás instituciones el promedio de duración fue ocho días (Cáceres, Sonsón, Valdivia y Caldas). La percepción del personal de salud sobre los conocimientos científicos y técnicos adquiridos en la inducción y en el entrenamiento fueron suficientes para el 32,5%, claros para el 52,5%, actualizados para el 42,5%, e insuficientes para el 22,5%.

El 75% no contaba con cursos de actualización sobre el Programa, el 10% hacía más de dos años que la había recibido y solo el 15% contaba con una actualización anual. Los temas de la capacitación más recurrentes fueron la toma de la muestra citológica y el Sistema Bethesda; en ambos casos, fue recibido por el 26,3% del personal de salud, seguido de las normas técnicas y legislación, recibido en ambos casos por el 19,5% del personal. El 62,0% calificó de insuficientes los contenidos y el 29,3% se sintieron satisfechos con la capacitación recibida.

Recursos técnicos

En Colombia, rige la norma técnica para la Detección temprana del cáncer de cuello uterino y la Guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino incluidas en la Resolución 0412 del 2002 del Ministerio de Salud y Protección Social [21]. La valoración de este ítem se

Tabla 1. Recurso humano disponible en cada municipio para el Programa de cáncer de cuello uterino. Antioquia, 2009 a 2010

Región	Valle de Aburrá	Urabá	Magdalena Medio	Bajo Cauca	Nordeste	Occidente	Oriente	Suoreste	Norte	Total
Municipio	Caldas	Turbo	Puerto Berrío	Cáceres	Amalfi	Santafé de Antioquia	Sonsón	Santa Bárbara	Valdivia	
Personal de salud										
Médico general	1	0	0	1	3	1	0	0	1	7
Enfermera	1	1	2	1	2	1	2	1	0	11
Auxiliar de enfermería	0	2	2	3	2	4	1	1	2	17
Bacteriólogo	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Citotecnólogo	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Médico ginecólogo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Auxiliar de laboratorio	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	4	3	7	5	7	6	3	2	3	40
Nivel de formación										
Técnico	1	2	3	3	2	3	2	1	2	18
Pregrado	2	1	3	2	5	2	1	1	1	19
Especialización	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Otro	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Tiempo en el Programa										
Menos de 24 meses	2	1	6	2	5	4	3	NR	1	24
24 meses a 60 meses	2	0	0	0	1	1	0	NR	0	4
60 meses a 120 meses	0	1	1	3	0	1	0	NR	0	6
Capacitación (temas de capacitación, uno o más por persona)										
Normas técnicas	0	1	0	0	2	1	1	0	0	5
Legislación	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Toma de muestras de citología	0	2	3	0	2	1	0	1	0	9
Sistema Bethesda	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Educación en salud	0	1	2	0	0	0	1	1	0	5
Atención al cliente	0	0	2	0	0	0	1	0	0	3

NR: no se respondió la pregunta

hizo de acuerdo con la disponibilidad de recursos técnicos y los conocimientos del personal de salud sobre las directrices del Programa.

La asignación de recursos técnicos se realizaba según la norma técnica, aunque el cumplimiento fue variable en todos los hospitales. Los incumplimientos más constantes fueron el seguimiento a las usuarias con resultado citológico anormal, las actividades para aumentar la demanda por fuera de la institución y el esquema de tamizaje 1-1-3.

Recursos físicos

Siete de los nueve hospitales poseían el distintivo de habilitación para el servicio de toma de muestra de citología, lo que indica el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 1043 de 2006 [22]; sin embargo, esta situación no fue coherente con los hallazgos de guía de observación, la cual evidenció el cumplimiento parcial de los estándares. Las principales fallas detectadas hacían referencia a la falta de mantenimiento de los dispositivos bio-médicos, la infraestructura era deficiente, las paredes y pisos no cumplían con las condiciones de fácil limpieza, las paredes del consultorio no aseguraban la privacidad y la confidencialidad de la usuaria durante la entrevista y la toma de la muestra, los espacios físicos eran limitados y ello dificultaba el libre desplazamiento, no había unidad sanitaria en el consultorio de toma de muestra ni en la sala de espera o en algunos hospitales el baño para las usuarias se utilizaba para almacenar insumos. El 60,0% del personal de salud aceptó que el Programa tenía deficiencias en recursos físicos y solo el 40,0% los calificó de adecuados y suficientes para la atención.

Recursos financieros

Las partidas presupuestales para el Programa hacen parte del presupuesto asignado por ley a los programas de salud pública. El indicador para la asignación y la evaluación de los recursos económicos es el número de citologías realizadas en un período de tiempo, por lo general, el histórico del año pasado, según la información del personal entrevistado, de lo cual no se pudo obtener la evidencia por falta de información sistematizada. El personal de salud refirió dificultades presupuestales en las instituciones por retraso en los pagos por parte de las aseguradoras en salud. Un hospital se encontraba intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud, ente encargado de inspeccionar, vigilar y controlar las instituciones prestadoras de servicios de salud. La causa manifestada por los funcionarios hizo alusión al “despilfarro financiero”.

Insumos

El personal de salud y los administradores consideraron suficientes los insumos para satisfacer la demanda. Sin embargo, en la guía de observación se evidenció que algunos insumos no cumplían con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social [23]. Ejemplo de ello es la espátula de Ayre, técnicamente recomendada para tomar la muestra exocervical, la cual era remplazada por una espátula de madera (baja lenguas); no se disponía de alcohol isopropílico al 96% para fijar la muestra y tampoco se disponía de láminas esmeriladas para el extendido. Los administradores y los encargados de los suministros expresaron que no conocían estas directrices.

En uno de los hospitales se constató que las usuarias eran quienes debían proveer el espéculo, teniendo conocimiento de ello sólo en el momento de la atención, lo cual conducía a negar la atención en caso de que la usuaria no dispusiera del dinero para comprarlo inmediatamente por fuera del hospital; lo anterior, viola un derecho expreso en la atención de salud pública y en el Plan Obligatorio de Salud, POS [11, 24].

Evaluación del proceso

El proceso de atención a la demanda, en este caso la usuaria del Programa, incluye la oportunidad de la atención, los procesos asistenciales, los sistemas de información, las actividades educativas, la percepción de las usuarias sobre la atención recibida, la toma de decisiones por parte del personal asistencial y administrativo, y la referencia y la contrarreferencia.

Los indicadores de productividad, rendimiento y concentración no se calcularon por falta de información estadística en los hospitales. Entre las causas se enunciaban fragmentación de información, la carencia de registros, la ausencia de sistemas de información en las instituciones hospitalarias y la falta de conocimiento y de entrenamiento de los coordinadores del Programa para el manejo de indicadores.

Atención a la demanda

El 75,0% del personal de salud manifestó que realizaba actividades de divulgación del Programa, tanto intrahospitalarias como extramurales con el objetivo de captar usuarias; el 15% sólo hacía divulgación intrahospitalaria; el 2,5% sólo extramural, y el 7,5% no realizaba esta actividad.

En cuatro de las ocho instituciones de salud los horarios de atención para la toma de la muestra citológica y la entrega del resultado se encontraba visible en cartelera. Una de las instituciones que no cumplía este requisito, manifestó que las usuarias conocían el horario.

Con respecto a las características sociodemográficas de las usuarias encuestadas, se resalta que el 66,9% procedían de la cabecera municipal, el 28,7% de zonas rurales y el 4,4% de otros municipios. Además, tenían edades entre 12 y 79 años (media: 36,1 años y desviación estándar, 14,1); 38,8% cursaron al menos un grado de primaria básica, 49,6% de secundaria y 6,6% tenían estudios técnicos y profesionales. Se informó un 5,0% de analfabetismo, Valdivia y Puerto Berrio fueron los municipios con mayor índice.

En general, el 85,3% de las usuarias percibieron como adecuado el horario de la institución de salud para la toma de la muestra citológica, el 8,8% como aceptable y el 5,9% como inadecuado. En este último caso, las usuarias hicieron alusión a que los horarios se cruzan con las actividades domésticas, el trabajo y el estudio; por consiguiente, manifestaron la necesidad de horarios extremos y en fines de semana, además de la atención a la demanda espontánea, sin que ésta se rechace cuando se solicita en un horario no prestablecido. Esta percepción mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0,05$) con el incremento de la edad y la ocupación ama de casa; en ambos casos, en mayor proporción, el horario es considerado adecuado (tabla 2).

En los hospitales de Santafé de Antioquia, Puerto Berrío y Cáceres, el personal de salud encargado de la toma de la muestra citológica manifestó la existencia de demanda no atendidas por razones como la asistencia de la usuaria al hospital por fuera del horario establecido, el desconocimiento de los horarios y el escaso personal para atender la zona rural, lo cual incrementaba la demanda en el hospital.

Oportunidad de la atención

El tiempo de espera de las usuarias desde que llegaban a la institución de salud y las atendían en el consultorio osciló entre 20 y 90 minutos. Los hospitales de Santafé de Antioquia y Sonsón presentaron los tiempos más prolongados, debido a los trámites administrativos para la legalización de la atención. El tiempo efectivo de atención en el consultorio estuvo entre 10 y 15 minutos, acorde a la norma para tomar la muestra citológica. Este tiempo se dedicaba al registro de la atención en el Sistema de Información de Prestaciones de Salud, RIPS, a la elaboración de la historia clínica con los datos gineco-obstétricos, a la explicación del procedimiento, a la toma de la muestra y a la educación de la usuaria. En algunos municipios este tiempo se interrumpía para hacer otras actividades no relacionadas con la atención de usuaria, como la entrega de resultados a otros usuarios, la asignación de citas, y la consulta al archivo de documentos, actividades

Tabla 2. Proceso de atención: Percepción del horario de la toma de la muestra de citología. Antioquia, 2009 a 2010

Características socio-demográficas de las usuarias	Percepción sobre el horario de toma de muestra			Chi cuadrado	Valor p
	Adecuado	Aceptable	Inadecuado		
Edad					
12 a 19	42 (68,9%)	8 (13,1%)	11 (18%)	34,656	0,000*
20 a 29	176 (82,6%)	23 (10,8%)	14 (6,6%)		
30 a 39	134 (90,5%)	6 (4,1%)	8 (5,4%)		
40 a 49	115 (87,1%)	10 (7,6%)	7 (5,3%)		
50 a 59	77 (93,9%)	5 (6,1%)	0 (0,0%)		
60 y más	42 (87,5%)	6 (12,5%)	0 (0,0%)		
Estado Civil					
Soltera	200 (83%)	21 (8,7%)	20 (8,3%)	8,261	0,408
Casada o unión libre	349 (87,3%)	34 (8,5%)	17 (4,3%)		
Separada o divorciada	36 (83,7%)	3 (7%)	4 (9,3%)		
Viuda	28 (82,4%)	5 (14,7%)	1 (2,9%)		
No desearon responder	6 (75%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)		
Ocupación					
Ama de casa	461 (87,5%)	3 (8,2%)	23 (4,4%)	22,039	0,001*
Estudiante	52 (71,2%)	9 (12,3%)	12 (16,4%)		
Trabajadora	93 (85,3%)	10 (9,2%)	6 (5,5%)		
Desempleada	7 (77,8%)	2 (22,2%)	0 (0,0%)		
Escolaridad					
Analfabeta	32 (91,4%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	5,987	0,425
Primaria	235 (88,7%)	21 (7,9%)	9 (3,4%)		
Secundaria	276 (82,9%)	34 (10,2%)	23 (6,9%)		
Técnica o universitaria	39 (84,8%)	4 (8,7%)	3 (6,5%)		
Total usuarias	619 (85,3%)	64 (8,8%)	43 (5,9%)	No aplica	No aplica
* El estadístico Chi cuadrado es significativo en el nivel de significancia de 0,05					

que retrasan el proceso de atención. Las actividades que más se dejaron de realizar fueron la explicación del procedimiento, las indicaciones para la entrega del resultado y la educación en salud. Por lo general, las usuarias se atendían en los horarios establecidos previamente.

El tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y la entrega del resultado citológico osciló entre 15 y 45 días, con un promedio de 20 días. Los hospitales de Puerto Berrío y Cáceres entregaban los resultados a los 30 días y el de Turbo a los 45 días.

Procesos técnicos

Los procesos técnicos del Programa se concentran en la toma de citologías, la entrega de resultados y la remisión, esta última dependiendo de las alteraciones detectadas en la citología, al médico general y éste a la vez, al especialista en ginecología, previo cumplimiento de los trámites con la EPS a la cual pertenece la usuaria.

Durante la toma de la muestra citológica, las investigadoras evidenciaron fallas en la ubicación de las usuarias en la camilla, la localización del cuello uterino, la limpieza del exceso

de flujo, la utilización de baja lenguas, el extendido de la muestra en la lámina de vidrio y en la fijación de la muestra al aire. Así mismo, se observó incumplimiento de las normas de bioseguridad, entre ellas, la reutilización de sábanas para la camilla y batas para las usuarias, el manejo inadecuado de material de desecho (especulos, citocepillo, espátula) y la falta de protección del personal de salud con bata, tapabocas y gafas protectoras.

El informe del resultado citológico según el Sistema Bethesda incluía la calidad del extendido citológico, el cual era evaluado por el laboratorio de citopatología y enviado al hospital para el análisis y correctivos en caso de que fuese necesario. Sin embargo, este informe no era considerado por el personal de salud del Programa en los hospitales de Santafé de Antioquia, Puerto Berrío y Turbo que recibían la información y la archivaban sin la debida socialización.

Información y educación en salud

La información dada a las usuarias durante el proceso de atención se centraba en el procedimiento de la toma de muestra de citología. En ninguna ocasión, mientras duró la observación por parte de las investigadoras, el personal de salud habló del cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo y las prácticas de autocuidado.

Percepción del proceso de atención por las usuarias

La valoración del proceso de atención en el consultorio incluyó el saludo, el interrogatorio, la toma de muestra, las indicaciones y las actividades educativas. La calificación global, dada por las usuarias, fue excelente 43%, buena 50,0%, aceptable 6,0% y muy deficiente 1,0%. El saludo fue el aspecto mejor calificado. Las indicaciones recibidas y las actividades educativas tuvieron la calificación más baja; las instituciones de los municipios de Valdivia y Santa Bárbara fueron las mejor calificadas en este aspecto.

Referencia y contrarreferencia

La referencia de las usuarias con resultado citológico anormal al ginecólogo, la realizaba el médico en el menor tiempo posible. No obstante, en todos los hospitales se identificaron dificultades tales como retraso de las aseguradoras en salud para autorizar la orden para ginecología y demoras en la programación de la cita. La causa de estas dificultades fueron la alta demanda del servicio y en ocasiones la falta de contratación. El tiempo efectivo para la atención varió entre uno y tres meses.

En contraste, la contrarreferencia por la institución de segundo y tercer nivel al hospital remitente fue deficiente. En la observación de las historias clínicas no se encontró información del tratamiento, el control y el seguimiento suministrado a las usuarias que requirieron remisión.

Toma de decisiones clínicas y administrativas

En este aspecto se identificaron varias deficiencias, entre ellas, la toma de decisiones sin apoyo de información y la ausencia de histórico de gestión del Programa, lo que impidió la evaluación y el seguimiento. Los registros se limitaban al número de citologías realizadas, las citologías normales y anormales por mes y la aseguradora en salud de las usuarias. En las instituciones de los municipios de Valdivia y Amalfi estos registros los llevaban las auxiliares de enfermería, y generalmente eran desconocidos por las enfermeras coordinadoras del Programa. Los datos de mayor omisión fueron la edad, el lugar de procedencia, la calidad de la muestra, el seguimiento a resultados anormales, la referencia y la contrarreferencia.

Evaluación de los resultados

Por carencia de información estadística del Programa no se pudo levantar la morbilidad por cáncer de cuello uterino y la cobertura por citología para cada municipio, al menos en el último año, siendo éstos indicadores de impacto y de funcionamiento del Programa. Se carecía de denominadores poblacionales, de seguimiento al esquema 1-1-3 y de registros de citologías anormales. Por tal motivo, el componente de Resultados se evaluó a través de la satisfacción de las usuarias con la atención en el Programa y el análisis de la tendencia de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el 2005 a 2010 [17], en el sentido último de analizar la tendencia al final del período como un impacto probable del Programa.

Satisfacción de las usuarias con el Programa

Con la atención en el Programa, el 21,2% de las usuarias manifestaron sentirse muy satisfechas, el 71,0% satisfechas y solo el 7,8% poco o nada satisfechas. Los municipios con mayor insatisfacción de las usuarias fueron Amalfi (21,4%), Turbo y Puerto Berrío (17,9% cada uno). Las mujeres jóvenes, estudiantes y con nivel de escolaridad técnico y profesional, manifestaron mayor grado de insatisfacción, en porcentajes de 11,3%, 13,2% y 11,6%, respectivamente. La edad y el grado escolar fueron directamente proporcionales (ver tabla 3).

Tabla 3. Satisfacción de las usuarias con el Programa de cáncer de cuello uterino. Antioquia, 2009 a 2010

Características socio-demográficas de las usuarias	Satisfacción de las usuarias con el Programa de cáncer de cuello uterino			Chi cuadrado	Valor p
	Muy satisfecha	Satisfecha	Poco satisfecha o insatisfecha		
Edad					
12 a 19	10 (16,1%)	45 (72,6%)	7 (11,3%)	17,456	0,065
20 a 29	36 (17,9%)	145 (72,1%)	20 (10%)		
30 a 39	28 (19,3%)	105 (72,4%)	12 (8,3%)		
40 a 49	27 (20,6%)	94 (71,8%)	10 (7,6%)		
50 a 59	26 (31,7%)	54 (65,9%)	12 (2,4%)		
60 y más	14 (29,8%)	33 (70,2%)	0 (0,0%)		
Estado civil					
Soltera	42 (17,5%)	180 (75%)	18 (7,5%)	9,771	0,281
Casada o unión libre	86 (22,2%)	273 (70,4%)	29 (7,5%)		
Separada/ divorciada	10 (22,7%)	29 (65,9%)	5 (11,4%)		
Viuda	11 (33,3%)	20 (60,6%)	2 (6,1%)		
No desearon responder	2 (25,0%)	4 (50%)	2 (25,0%)		
Ocupación					
Ama de casa	113 (21,6%)	376 (72%)	33 (6,3%)	8,116	0,230
Estudiante	12 (17,6%)	47 (69,1%)	9 (13,2%)		
Trabajadora	20 (18,3%)	76 (69,7%)	13 (11,9%)		
Desempleada	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0,0%)		
Escolaridad					
Analfabeta	10 (30,3%)	23 (69,7%)	0 (0,0%)	12,426	0,053
Primaria	60 (22,9%)	191 (72,9%)	11 (4,2%)		
Secundaria	63 (19,2%)	233 (71%)	32 (9,8%)		
Técnica o universitaria	10 (23,3%)	28 (65,1%)	5 (11,6%)		

Al preguntar a las usuarias si recomendarían a otras mujeres asistir al Programa, el 98,5% afirmó que sí. La respuesta se argumentó en el trato amable y la confianza que brindaba el personal de salud, la destreza para tomar la muestra citológica y la orientación en la prevención de enfermedades, incluyendo el cáncer.

Al indagar qué cambiarían del Programa, las respuestas se centraron en ampliar los horarios para la toma de citologías y la entrega de resultados, la oportunidad en la entrega de los resultados y brindar las indicaciones sobre éstos, las charlas educativas y la agilidad en los trámites administrativos para la atención.

Impacto del Programa en la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

Bajo el supuesto de que el Programa tendría efecto en la disminución de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el municipio, se hizo un análisis del comportamiento de éstas en el período 2005 a 2010 a partir de las estadísticas vitales de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia. En todos los municipios se observó un descenso al final del período. En ocho de ellos, la tasa bajó más del 50% con respecto al año 2005. Las tasas no mostraron un patrón único de descenso, en algunas se presentaron oscilaciones. En el año 2008, las tasas descendieron en todos los municipio para luego incrementar en el 2009 y descender en el 2010 (ver figura 1).

Aun así, en los municipios de Puerto Berrío, Amalfí, Santafé de Antioquia y Cáceres, las tasas de mortalidad permanecieron por encima de la meta nacional estipulada para el año 2010 de 7,6 por cien mil mujeres [17, 20]; en Cáceres no se observaron mayores cambios, pues en 2005 se notificó una tasa de mortalidad de 20,8 en el 2005 y en el 2010 de 18,5. Los demás municipios finalizaron en el 2010 con tasas por debajo de la meta nacional (Turbo, Valdivia, Caldas, Santa Bárbara y Sonsón). Por su parte, Valdivia, Santa Bárbara y Sonsón no registraron casos de muerte por cáncer de cuello uterino para el año 2010.

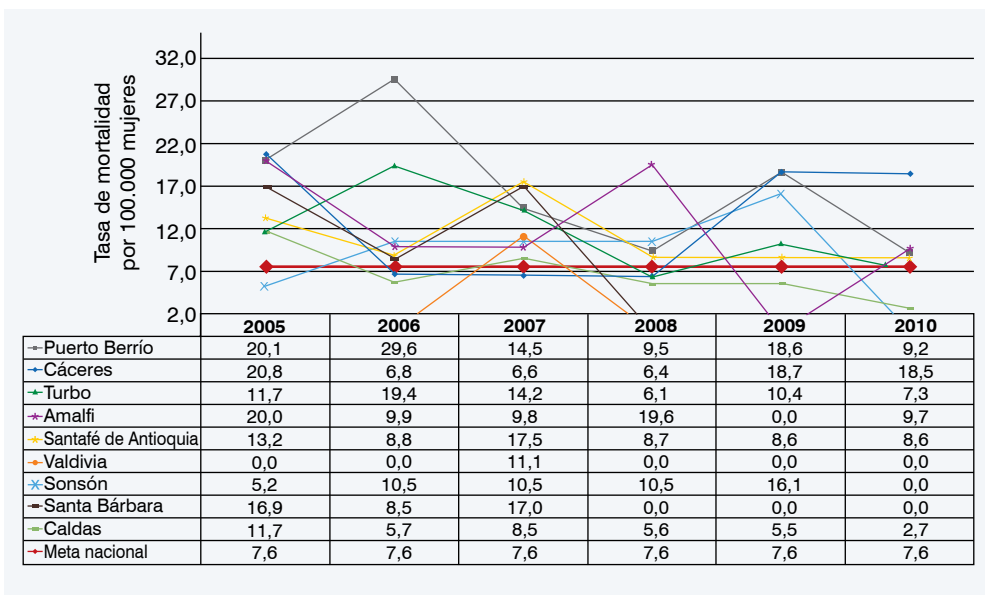


Figura 1. Tendencia de tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en nueve municipios de Antioquia con alta tasa de mortalidad por esta causa, 2005 a 2010. Fuente: Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Estadísticas Vitales, Mortalidad Cáncer de Cuello Uterino; 2011 [citado 2011 Diciembre 2011].

Discusión

En 1990, Colombia dio inicio al Programa quinquenal de control de cáncer de cuello uterino con el objetivo de alcanzar la meta de tamizaje citológico del 90% en las mujeres entre 25 y 69 años de edad, y prestar atención de seguimiento al 90% de las mujeres con resultado citológico anormal [25]. La estrategia produjo notables mejoras en la atención en salud de las mujeres; sin embargo, el cáncer de cuello uterino continúa como un problema de salud que carece de un programa estructurado para su intervención, ya que las actividades se centran en la detección precoz a través del tamizaje citológico [26, 27].

Del análisis de los componentes de la evaluación del Programa (estructura, proceso y resultado), en el componente estructura se resalta que el análisis de la situación del cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe es enfático en que la insuficiencia de recursos financieros limita las inversiones en educación y en servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos que afectan la eficacia del Programa [28-30]. Así mismo, se reconoce que la mayoría de los recursos se focalizan en el tamizaje citológico sin los resultados esperados, especialmente en la morbilidad por este cáncer [28, 29, 31, 32].

Resultados similares a los de este estudio, se presentan en la publicación “Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional” con respecto a las deficiencias en la organización de los recursos, la inasistencia o asistencia tardía al Programa, las fallas técnicas en la calidad del estudio citológico, las demoras en la entrega de resultados, los rezagos en el envío de las muestras a los laboratorios de referencia de citopatología, y el retraso en el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones neoplásicas que originan un aumento en las tasas de morbilidad y de mortalidad [33].

En este estudio, la disponibilidad del recurso humano para el Programa, en cantidad, formación técnica y tiempo asignado, fue variable y no se correspondió con la demanda, en algunos municipios fue insuficiente y en otros se excedía. Las decisiones administrativas de contratar personal obedecían a razones económicas y no al estudio de la población asignada al Programa ni a las metas programáticas de cobertura. A esto se sumó la falta de capacitación del personal en promoción de la salud, seguridad del paciente y humanización del servicio, lo que va en contravía con las directrices del Ministerios de Salud y Protección Social, que tiene como propósito capacitar al personal de salud en la identificación y la gestión de eventos adversos que ponen en riesgo la salud, la vida y el tratamiento de los usuarios durante el proceso de atención en salud [34].

El desarrollo de recurso humano es esencial en la calidad de los programas. Según Alzate y colaboradores “es indispensable que el personal se capacite en forma continua y esté totalmente comprometido con los objetivos del servicio” [5]. Contar con personal suficiente, calificado y motivado suma calidad al Programa. En este estudio se encontró ausencia y deficiencias en la inducción, el entrenamiento y la actualización del personal para el desempeño competitivo en el Programa.

Referente al cumplimiento de las normas técnicas para la infraestructura que requiere el Programa, se encontró que las instituciones notificaron al ente regulador el cumplimiento de las condiciones básicas para la prestación del servicio [22, 35], que al momento del realizar la guía de observación no cumplían cabalmente. Siete de los nueve hospitales con indicativo de habilitación del servicio de toma de muestras citológicas no cumplían estrictamente las normas. Esto reveló las dificultades de los entes departamentales para el control y el seguimiento de los requisitos de habilitación.

En el componente proceso aparece en primer lugar la oportunidad en la atención, situación que fue percibida por las usuarias como deficiente, en especial por los trámites administrativos excesivos y agotadores que deben realizar para la atención en salud, factor de ineficiencia y mala calidad de la atención [36-38]. De igual forma, parte del tiempo asignado a la atención de la usuaria se dedicó, en ocasiones, a otras actividades, mientras que el personal de salud, en el momento de atención, omitió con frecuencia otras acciones, entre ellas la explicación del procedimiento de toma de muestra y las indicaciones para reclamar el resultado, aspectos determinantes en la adherencia de la usuaria al Programa y que posiblemente se convierten en experiencias negativas al momento solicitar una nueva atención.

En las nueve instituciones los procesos técnicos se centraron en el tamizaje citológico. Las principales deficiencias se observaron en el procedimiento de toma de muestra, en especial en las actividades críticas de control del proceso, tales como marcación de la lámina, localización del cuello uterino, limpieza del exceso de flujo, extendido de la muestra y fijación de la muestra [23, 33, 39], lo cual conllevó a realizar las respectivas asesorías por parte de las investigadoras, después de aplicar los instrumentos.

En el año 2009, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia expidió la guía Control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación en muestras de citología de cuello uterino con el fin de estandarizar y capacitar al personal encargado de estas actividades [23], guía desconocida por buena parte del personal de salud. En este sentido, el desconocimiento de las directrices del Ministerio entorpece aún más la estandarización de procesos de atención e institucionalización del Programa [26, 27], lo que se puede explicar por la participación limitada del personal de salud y de los administradores en los programas de capacitación, así como por el poco interés en los programas de salud pública [26, 40].

Lazcano y colaboradores [25, 29, 33, 41] resaltan la importancia de la supervisión de la toma de muestras y de la valoración de la calidad de la citología por personal profesional capacitado. La presencia de células endocervicales indica que la muestra se tomó de la unión escamocolumnar o zona de transformación, lugar en donde se inician la mayoría de los cambios celulares anormales. La ausencia de células endocervicales y la presencia de extendidos hemorrágicos, inflamatorios, gruesos y con defectos de fijación se consideran de mala calidad y denotan errores de estandarización del personal [36, 37, 39]. En este estudio, a pesar de que los laboratorios de citopatología reportaban la calidad de la muestra, esta información no se utilizaba para las decisiones técnico-administrativas orientadas a corregir los errores que conllevan a una muestra de mala calidad.

En el análisis de la demanda del Programa, las jóvenes fueron quienes acudieron con mayor frecuencia a realizarse la citología, en parte por mandato para recibir atención en los programas de planificación familiar y control prenatal o para acceder a beneficios económicos del programa social Familias en Acción del Gobierno nacional. En estudios realizados en Colombia, se ha encontrado que el tamizaje citológico se centra en mujeres entre 25 y 45 años, debido a sus nexos con los programas de salud sexual y reproductiva [27, 42].

Con respecto a la referencia y la contrarreferencia, el personal de salud prácticamente considera que la contrarreferencia no se realiza del segundo y tercer nivel al primer nivel de atención. Entre las causas figuran la escasez y la inestabilidad de especialistas en ginecología y colposcopia en el segundo nivel, y la intermediación de las empresas promotoras de salud (EPS), lo que dificulta el seguimiento de las pacientes. Por ello, la fragmentación de las responsabilidades del Programa en múltiples actores, sin una dirección central, originó inoportunidad en la confirmación diag-

nóstica del cáncer de cuello uterino. Esta situación se ha descrito en investigaciones realizadas en Medellín, Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima, en las que se considera que la no articulación entre los actores del sistema de salud es una barrera de acceso que limita el éxito del Programa [32, 42, 43], situación aún no intervenida en el sistema de salud.

La vigilancia en salud pública del cáncer de cuello uterino mostró deficiencias en la búsqueda activa de casos, sobre todo en la zona rural, en el seguimiento de las usuarias y en el manejo de la información epidemiológica, definitiva en la toma de decisiones clínicas y administrativas para el monitoreo y la evaluación del impacto del Programa. En los nueve municipios, se observó que la planeación de las actividades del Programa se realizaba sin considerar las poblaciones más vulnerables o de mayor riesgo. Contexto similar se ha observado en Medellín, Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima, donde se documenta que la falta de organización de las actividades del Programa limita el cumplimiento de las disposiciones vigentes para la detección y el control de este cáncer. Entre las causas, se atribuye la asignación de múltiples responsabilidades a diferentes actores del sistema salud [26, 32, 42].

El sistema de información permitiría al personal de salud el monitoreo de la usuaria del tamizaje, sobre todo si está en situación de riesgo y el resultado es positivo; de esta forma, se fortalecería la vigilancia y la evaluación del Programa y por ende, sumaría a la calidad [44]. En palabras de Salinas y colaboradores, (1997) “los programas organizados mediante llamada sistemática, recordatorio, seguimiento y vigilancia son los más eficaces” [45].

Finalmente, el componente resultado en esta investigación se valoró a través de la satisfacción de las usuarias con la atención recibida y también mediante el comportamiento de las tasas de mortalidad en un período de tiempo. En el primer caso, un alto porcentaje de mujeres se sentían satisfechas con la atención recibida en el Programa (71%) y la gran mayoría estarían dispuestas a recomendarlo. Entre los posibles factores relacionados con este aspecto se enuncia el creciente empoderamiento de la mujer para tomar decisiones de autocuidado frente al cuerpo y la salud, más información y conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y el poder simbólico que se establece en la relación médico-paciente, el cual condiciona la calificación de las usuarias, en su condición de demandantes de un servicio del régimen subsidiado. Desde esta perspectiva, podría haber mejoras sustanciales en la prestación de servicios más amigables y acordes a las necesidades de las mujeres [34, 46]. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las mujeres que participan en estudios poblacionales pueden tener el deseo de responder de una manera socialmente aceptable o pueden tener sesgos de memoria [46, 47], lo que explicaría el alto porcentaje de satisfacción con el Programa, pese a otras valoraciones de las usuarias, entre ellas el inconformismo con la percepción del largo tiempo de espera para ser atendidas, la demora en la entrega de resultados y la ausencia de actividades educativas [14, 46, 48].

El análisis del posible efecto del Programa sobre la reducción de la tasa de mortalidad en el período 2005 a 2010, evidenció que las tasas bajaron en un 50% en todos los municipios incluidos en el estudio. Pese a lo antes anotado, este estudio no puede concluir que el descenso de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino se deba específicamente al efecto de las acciones del Programa, debido a que por carencia de información no se disponía de datos para determinar la cobertura del Programa y el impacto en la tasa de mortalidad [27, 43]. Entre las razones que probablemente dieron origen a estos resultados, se podrían enunciar la adhesión al tamizaje, las mejoras en la calidad de la prueba de tamizaje, el mayor acceso al diagnóstico definitivo y al tratamiento oportuno, las actividades de promoción de la salud y las campañas de prevención extramurales [14, 43]. Se debe tener presente que los hallazgos de esta investigación no fueron concluyentes al respecto, principalmente por las deficiencias detectadas

en el Programa, lo que supone que los cambios en la mortalidad se puede deber no solo a los factores mencionados, sino a mejoras en las condiciones sociales, culturales, económicas y educativas de las mujeres de cada municipio [26].

Respecto al cumplimiento de la meta nacional de disminuir la tasa de mortalidad a 7,6 por cien mil mujeres, el estudio mostró que cuatro de los nueve municipios no alcanzaron la meta propuesta. Este hecho se puede explicar a partir de la evaluación de la estructura y del proceso del Programa, en donde los municipios con tasas más altas fueron precisamente los que los que presentaron mayores deficiencias en el Programa [49]. Con respecto a la meta trazada en Antioquia para el 2011, de 5,4 por cien mil mujeres, la situación se acentúa, con dos municipios más sin cumplir la meta propuesta.

Las cifras disponibles sobre la tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile, Costa Rica, México y Colombia muestran reducciones significativas en los últimos años, aunque continúen con tasa por encima de 5,5 por cien mil mujeres, que es la meta propuesta en los objetivos del milenio por la OMS [20]. Los países con tasas de mortalidad por debajo de 10,0 por cien mil mujeres, en la década de los años setenta, como Cuba, Argentina, Brasil y Uruguay, no han logrado mayor descenso en el riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino [41].

El Plan Nacional para el control del cáncer en Colombia, 2010 a 2019, propuso aumentar la cobertura de la citología a partir del mejoramiento del acceso y adhesión al esquema de detección precoz y tratamiento [20]. Como se anotó antes, en este estudio no fue posible la evaluación del indicador de cobertura, por ausencia de sistemas de información que diferenciara las mujeres con el esquema 1-1-3, de aquellas que se realizan la citología más de vez al año; de esta manera, se da lugar a datos poco adecuados para calcular la cobertura [20]. Esta situación no permitió conocer la costo-efectividad del esquema para esta población [50].

Por otra parte, la publicación "Control de cáncer de cuello uterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud" [26], muestra que el cumplimiento de metas de cobertura por pruebas citológicas en las entidades territoriales de salud y las aseguradoras son alcanzadas con pruebas a adolescentes o tamizaje antes del año, pasando por encima del esquema 1-1-3 [26]. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología en el 2005 [27], indagó por la cobertura de la citología y los factores asociados. En él, se encontró que las estrategias para aumentar la cobertura del tamizaje citológico arrojaban pocos resultados. Entre las causas se contaban la falta de información en las instituciones de salud, las barreras de acceso geográfico y las situaciones culturales que impedían a las mujeres acceder a los servicios de tamizaje [27].

Aunque en este estudio no se pudo evaluar la adherencia de las mujeres al esquema de tamizaje 1-1-3, por las razones anotadas en párrafos anteriores, Piñeros y colaboradores [27] y Noreña y colaboradores [32], describen como barreras de adherencia al Programa la falta de información sobre la prevención del cáncer de cuello uterino, la debilidad institucional del Programa y la competencia de las necesidades en salud de las mujeres que lleva a que prioricen la reproductivas y las económicas [27, 32]. Por su parte, la relación médico-paciente también puede incidir en la adherencia al Programa. Gómez y colaboradores encontraron que las mujeres sin seguro de salud son más sensibles a esta situación. El tiempo efectivo destinado a la atención y el mismo trato son momento de verdad para tener éxito en la educación y asesoría en salud [43]. En este sentido, se recomienda que en los mensajes dirigidos a motivar a las mujeres se explique la utilidad de la citología en la detección de lesiones precancerosas y se informe sobre las edades de mayor riesgo. Los mensajes se deben poner a prueba en mujeres de la misma comunidad a fin de asegurar que sean apropiados y comprensibles [41, 44].

Se espera que los resultados de esta investigación aporten a la reorganización del Programa en los municipios, en cuanto a indicadores que valoren la tecnología disponible y el aprovechamiento de la capacidad instalada. Así mismo, se espera que se genere más compromiso del personal asistencial y administrativo para el mejoramiento de la calidad de las intervenciones, y la planificación para el cumplimiento de las metas, ya que éstas son alcanzables siempre que se conozca la población vulnerable y se rompan las barreras de acceso. Adicionalmente, se espera aportarle a los sistema de vigilancia en salud pública para el seguimiento de la población en riesgo, lo que permitirá el monitoreo continuo y la evaluación sistemática del Programa.

Aunque en el estudio no se incluyó un análisis sobre el papel de las entidades formadoras de personal en salud profesional y técnico, se sugiere en próximos estudios considerar el compromiso y la responsabilidad social y ética de estas instituciones frente al cáncer de cuello uterino como un problema de salud pública. Adicionalmente, es importante fomentar actividades de actualización y de entrenamiento permanente, con el fin de incrementar el interés frente a las necesidades reales de la población, lo que trasciende el cumplimiento de las actividades normadas.

Finalmente, como sugerencia para futuras investigaciones, se recomienda profundizar en las razones que dan origen a la satisfacción de las usuarias con el programa de cáncer de cuello uterino y abordar la evaluación desde diferentes actores del sistema de salud.

En conclusión, en este estudio se encontró que la calidad del Programa Detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en los nueve hospitales participantes fue deficiente. Entre las causas detectadas en el componente estructura se encontraron la planificación inadecuada, la normativa que impedía institucionalizar el Programa y el déficit de recurso humano en cantidad y calidad; en el componente proceso se encontró deficiencias en la oportunidad de la atención, el desconocimiento de las guías actuales sobre procedimientos técnicos, la fragmentación de la atención en múltiples actores, sin dirección central, lo que origina dificultades en la referencia y la contrarreferencia, y la ausencia de sistemas de información que impiden conocer el histórico del acceso al Programa, el seguimiento al esquema de tamizaje y cálculo de indicadores de productividad, rendimiento y cobertura. Pese a estas deficiencias, las usuarias expresaron sentirse satisfechas con el Programa, e incluso lo recomendarían a otras mujeres.

En cuanto al componente resultado, aunque no se logró evaluar el impacto directo del Programa en la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en los municipios, en el análisis de éstas, se pudo evidenciar descenso durante el período 2005 a 2010. Sin embargo, los municipios de Cáceres, Amalfí, Puerto Berrío y Santafé de Antioquia estuvieron por encima de las tasas de mortalidad esperadas en Colombia y de la propuesta por la OMS.

Para finalizar, se recomienda la reorganización de los componentes del Programa, trabajar por la participación y compromiso de los diferentes actores del sistema salud, centralizar el control de las intervenciones, e implementar las actividades de planeación, evaluación y monitoreo del Programa.

Agradecimientos

Las autoras agradecen la colaboración del personal de salud, administradores y usuarias del Programa de los nueve municipios de Antioquia y al Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia, CODI, por la cofinanciación.

Bibliografía

1. **International Agency for Research in Cancer, World Health Organization.** Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. 2008. <http://www.iarc.fr/> Consultado en noviembre de 2011.
2. **Lewis M. Organización Panamericana de la Salud.** Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. 2004. <http://www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/pcc-cc-sit-lac.pdf>. Consultado el 9 de mayo de 2012.
3. **Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R.** Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 954-962.
4. **World Health Organization.** WHO framework for health system performance assessment. 2000. <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>. Consultado el 09 de mayo de 2012.
5. **Alzate A, Lalinde M.** Programas de Atención a las Personas. Aspectos Básicos. Colombia: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1996.
6. **Organización Mundial de la Salud.** Memorias de la 27 conferencia sanitaria panamericana. 59 sesión del comité regional; 2007 Oct 1-5. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
7. **Donabedian A.** Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública; 1990.
8. **Donabedian A.** La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. . México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
9. **Jiménez L, Báez RM, Pérez B, Reyes-Alvarez I.** Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 1996; 22: 15-16.
10. **Cabañas R.** Evaluación de la atención en Salud. *Revista Médica Hondureña* 1994; 62: 25-29.
11. **República de Colombia, Ministerio de Protección Social.** Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* nº 41.148, (diciembre 23 de 1993).
12. **República de Colombia, Ministerio de Protección Social.** Decreto 1011 de 03 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. *Diario Oficial* nº 46.230, (abril 03 de 2006).
13. **Durán R.** Aspectos normativos y de organización por detección y control del cáncer de cuello uterino. Memorias del III simposio frente al cáncer de cuello uterino; 2003 Nov 20; Medellín, Colombia: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.
14. **Wiesner C, Tovar S, Piñeros M, Cendales R, Muriello R.** La oferta de servicios para tamización de cáncer de cuello uterino en Colombia Cervical. *Rev Colomb Cancerol* 2009; 13: 134-144.
15. **Guzmán MS, Bromme BM, Carvajal C, Gómez GD, Gutiérrez PM.** Detección precoz y atención del cáncer de cuello uterino. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.
16. **República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología.** Mortalidad por cancer según primeras causas y sexo, Colombia 2000-2009. <http://www.cancer.gov.co/documentos/Mortalidad/Mortalidad%20nacional%20por%20tipo%20de%20c%C3%A1ncer%202000-2009.pdf>[cited Consultado en abril de 2012.
17. **Dirección Seccional de salud de Antioquia.** Estadísticas vitales, mortalidad cáncer de cuello uterino. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. <http://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad> Consultado en diciembre de 2011.
18. **García G, Pachón J, Smith C.** Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario Colombiano. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2007; 58: 21-27.
19. **República de Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.** Población. Censo 2005. <http://www.dane.gov.co/> Consultado en mayo de 2009.
20. **República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología.** Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia. 2010-2019. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2010.
21. **República de Colombia. Ministerio de Salud.** Resolución 00412 de 25 de febrero de 2000, por la cual se 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 D.C; 2000.
22. **Republica de Colombia, Ministerio de la Protección Social.** Resolución 1043 del 03 de abril 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 auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C; 2006.
23. **Cuspoca M, Parra E.** Guía control de calidad para la toma, procesamiento e interpretación de muestras de citología de cuello uterino. Bogotá, D.C: Instituto Nacional de Salud; 2008.
24. **Republica de Colombia. Ministerio de la Protección Social.** Ley 1438 de 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C; 2011.
25. **Zurita B, LazcanoE, Alonso de Ruiz P.** Cáncer Cervicouterino. Diagnóstico, prevención y control (ed 2nd). México: Editorial Médica Panamericana S.A; 2005.

26. Wiesner C, Murillo RH, Piñeros M, Tovar SL, Cendales R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25: 1-8.
27. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia, 2005. *Rev Salud Pública* 2007; 9: 327-341.
28. Murillo R, Almonte M, Pereira A, Ferrer E, Gamboa O, Jerónimo J, et al. Cervical cancer screening programs in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26: L37-48.
29. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública Mex* 2010; 52: 544-559.
30. Muñoz N, Franco EL, Herrero R, Andrus JK, de Quadros C, Goldie SJ, et al. Recommendations for cervical cancer prevention in Latin America and the Caribbean. *Vaccine* 2008; 26 Suppl 11: L96-L107.
31. Murillo RH. La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje. *Rev Colomb Cancerol* 2003; 7: 23-33.
32. Noreña CA, Tamayo LS. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. *Aquichan* 2010; 10: 52-68.
33. Lazcano E, Nájera P, Alonso de Ruiz P, Buiatti E, Hernández M. Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional. *Rev Inst Nal Cancerol Méx* 1996; 42: 123-140.
34. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Bogotá D.C.:Ministerio de la Protección Social, 2008. 52pp.
35. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 del 09 de octubre de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* nº 46.417, (octubre 10 de 2006).
36. Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP). Planificación y aplicación de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino: manual para gestores. Seattle: ACCP; 2006.
37. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2002; 106pp.
38. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. 292pp.
39. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-2119.
40. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446 de 08 de mayo de 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá D.C.; 2006.
41. Lazcano E, Alonso de Ruiz P, Ruiz J, Hernandez M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. *Salud Publica Mex* 2003; 45: S449-462.
42. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo JC, Tovar SL, Cendales R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Pública* 2006; 8: 185-196.
43. Lucumí D, Gómez L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Salud Pública* 2004; 78: 367-377.
44. Vega J, Gutiérrez-Enríquez SO, Terán Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cervicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. *Invest Educ Enferm* 2009; 27: 201-208.
45. Salinas AM, Villareal E, Garza M, Fraire JM, López J, Barboza O. Calidad del programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el estado de Nuevo León. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 187-194.
46. Lagoueyte MI. La citología vaginal mirada desde las mujeres. *Invest Educ Enferm* 2002; 20: 58-69.
47. Aguilar JA, Leyva AG, Angulo D, Salinas A, Lazcano E. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev Saúde Pública* 2003; 37: 100-106.
48. Lazcano E, Moss S, Cruz A, Alonso de Ruiz P, Caseres S, Martínez CJ, et al. Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos. *Salud Pub Mex* 1999; 41: 278-285.
49. Miller AB. Cervical cancer screening programs. Geneva: World Health Organization; 1992.
50. Gamboa OA, Chicaíza L, García M, Díaz J, González M, Murillo R, et al. Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV-DNA testing for cervical-cancer screening in Colombia. *Salud Pub Mex* 2008; 50: 276-285.