

ACCESO AL DIAGNÓSTICO EN MUJERES CON LESIONES CERVICALES
DEFINIDAS POR ANORMALIDAD EN LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, CALI
2013.

DIANA PATRICIA OSPINA BASTIDAS

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2015

ACCESO AL DIAGNOSTICO EN MUJERES CON LESIONES CERVICALES
DEFINIDAS POR ANORMALIDAD EN LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, CALI
2013.

DIANA PATRICIA OSPINA BASTIDAS
CÓDIGO. 1002942

Trabajo de grado presentado como requisito para por el título de Magister en
Administración de Salud

Directora Trabajo de investigación
ELSA PATRICIA MUÑOZ LAVERDE
Médico, Magister en Epidemiología

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD
SANTIAGO DE CALI
2015

Nota de aceptación

Firma del Presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Fecha _____

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle gracias a Dios, por su infinita misericordia, por el amor y por ser el camino, la verdad y mi vida entera.

A mis padres porque ellos a través de su ejemplo me mostraron que en la vida hay que perseverar y amar lo que se hace, a mis hermanas, a mis tías, mi sobrineto hermoso y toda la familia que siempre estuvo conmigo desde el mismo momento en el que les conté que quería hacer una maestría. Gracias a ellos y a los que desde el cielo siempre me cuidan.

A mi tutora Elsa Patricia Muñoz, por su dedicación, paciencia y comprensión en todo momento, porque sin ella, no habría podido materializar este sueño. El compartir con ella me permitió conocer el ser maravilloso y amoroso que hay atrás de una profesora exigente. ¡Gracias profe. Gracias por su ilimitado apoyo!

Mil agradecimientos para las mujeres que fueron eje central de este trabajo de investigación, porque con sus relatos y experiencias brindadas durante las entrevistas me hicieron ver lo privilegiada que soy. Gracias por haberme abierto las puertas de su hogar y por verbalizar conmigo su lucha diaria y por hacerme entender que con pequeños actos se pueden transformar vidas.

A las entidades y funcionarios que me apoyaron en la búsqueda de la información y que me facilitaron el acceso a los datos requeridos para esta investigación en el Laboratorio de Referencia de la Red de Salud Centro E.S.E. y a Entidades como la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali a la Empresas Sociales del Estado Red de Salud Norte, Oriente, Suroriente y al Hospital San Juan de Dios que brindaron su información y datos actualizados de las pacientes. También el valioso aporte de IPS privadas que brindaron información como Funcancer, Unicancer, Profamilia y Hemato Oncólogos S.A.

Gracias a Sofía Cardona quien me apoyo y mostró la otra forma de abordar a las mujeres a través de las entrevistas. A Amapola Trujillo, una mujer maravillosa que trabaja incansablemente por las mujeres que necesitan ser diagnosticadas. Finalmente doy gracias a todos mis amigos y a mis compañeros de la maestría por todas las experiencias vividas.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Nota de aceptación	3
AGRADECIMIENTOS	4
TABLA DE CONTENIDO	5
LISTADO DE TABLAS	7
LISTADO DE ILUSTRACIONES	8
LISTADO DE ANEXOS	9
ABREVIATURAS	10
RESUMEN	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2. MARCO DE REFERENCIA	16
2.1 ESTADO DEL ARTE	16
2.2 MARCO TEÓRICO	23
2.3 MARCO CONCEPTUAL	24
2.4 MARCO LEGAL	31
2.5 MARCO CONTEXTUAL	36
3. OBJETIVOS	39
GENERAL	39
ESPECIFICOS	39
4. METODO	40
4.1 Tipo de estudio	40
4.2 Área de estudio	40
4.3 Población muestra	40
4.4 Procedimiento	41
4.5 Plan de análisis	45
4.6 Consideraciones Éticas	49
5. RESULTADOS	51
5.1 Características socio-patológicas.	52
5.2 Concordancia entre la Citología Cérvico Uterina – La colposcopia y el resultado de Biopsia.	57
5.3 Oportunidad para el acceso a la colposcopia-biopsia	58
5.4 Acceso al diagnóstico desde la perspectiva de las pacientes	66
5.4.1 DISPONIBILIDAD	66
5.4.1.1 Escasez de información	66
5.4.1.2 Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención	68
5.4.1.3 Falta de formación y capacitación del equipo de salud	69
5.4.2 ACCESIBILIDAD	69
5.4.2.1 Direccionamiento oportuno a los prestadores de servicios de salud para completar etapa diagnóstica.	69
5.4.2.2 Oportunidad para la Asignación de Citas	76
5.4.2.3 Costos de Consultas Médicas, Procedimientos, Medicamentos y Exámenes	78
5.4.2.4 Factores que Favorecieron el Acceso a la Confirmación Diagnóstica	80
5.4.2.5 Horarios de Atención	83
5.4.2.6 Distancia entre Residencia y Lugar de Atención	83
5.4.2.7 Listas de Espera	84
5.4.2.8 Tiempos de Espera para la Atención	85

5.4.2.9 Costos del Traslado al Centro de Atención	86
5.4.2.10 Escasez y Dificultad para el Transporte	87
5.4.3 ACEPTABILIDAD	88
5.4.3.1 Barreras u Obstáculos Percibidos	88
5.4.3.2 Creencias y Mitos	93
5.4.3.3 Desconfianza en los Equipos de Salud y en el Tratamiento Prescrito	95
5.4.3.4 Temor o Vergüenza al Atenderse en un Servicio de Salud	96
5.4.3.5 Incompatibilidad Cultural entre Usuario y Equipo de Salud	96
5.4.3.6 Imaginario sobre los Procedimientos Diagnósticos Recomendados	96
5.4.3.7 Estigma Social por el Resultado	97
5.4.3.8 Diferencias entre la Concepción de la Práctica Médica y Tratamiento Prescrito	98
5.4.3.9 Seguimiento por parte del Equipo de Salud	99
5.4.4 CONTACTO	101
5.4.4.1 Acompañamiento de Familia o Personas Cercanas durante el Proceso	101
5.4.4.2 Cuestionamientos por el Origen de la Enfermedad	102
5.4.4.3 Percepción de la Atención como de Mala Calidad	102
5.4.4.4 Falta de Conciencia de la Enfermedad	105
5.4.4.5 Percepción de Trato con el Personal de Salud	105
5.4.4.6 Trato por parte de la pareja durante este proceso	106
5.4.4.7 Efectos Secundarios de los Procedimientos	108
5.4.4.8 Sensación al culminar el tratamiento y controles médicos	109
6. DISCUSIÓN	110
7. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	114
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	115
9. CONCLUSIONES	116
10. RECOMENDACIONES	118
11. FUTUROS ESTUDIOS	120
12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	121
13. Anexos	121

LISTADO DE TABLAS

Página

Tabla 1. Relación de prestadores consultados y el resultado de la búsqueda en sus registros.....	43
Tabla 2. Novedades datos de contacto de las mujeres	44
Tabla 3. Variables exploradas durante las entrevistas de acuerdo a Modelo Tanahashi	47
Tabla 4. Estado final de las mujeres frente aseguramiento en salud.....	51
Tabla 5. Relación de EPS a las que se encuentran afiliadas según Fosyga	52
Tabla 6. Distribución de mujeres según edad ESE de procedencia	53
Tabla 7. Distribución de mujeres según edad	53
Tabla 8. Distribución de mujeres según resultado de la citología año 2013	54
Tabla 9. Distribución de la población por Comuna.....	55
Tabla 10. Distribución de mujeres según máximo nivel educativo alcanzado	55
Tabla 11. Antecedentes Gineco-Obstétricos de las mujeres	56
Tabla 12. Distribución de las mujeres según edad de menarca, sexarca y primer parto.....	56
Tabla 13. Distribución de mujeres según método de planificación utilizado	57
Tabla 14. Resultado de citologías tomadas con anterioridad al año 2013	57
Tabla 15. Distribución resultados Citología vs Biopsia	58
Tabla 16. Distribución Impresión Diagnostica vs Biopsia.....	58
Tabla 17. Oportunidad para el acceso al diagnóstico	59
Tabla 18. Oportunidad para el acceso al tratamiento	60
Tabla 19. Mujeres diagnosticadas relacionadas con aseguramiento en salud	60
Tabla 20. Hospitales e IPS privadas donde realizaron el diagnóstico.....	60
Tabla 21. Impresión Diagnostica según ginecólogo.....	61
Tabla 22. Resultado biopsia tomada por Colposcopia.....	61
Tabla 23. Conducta clínica definida por especialista	62

LISTADO DE ILUSTRACIONES

	Página
Ilustración 1. Modelo de Tanahashi para la prestación y cobertura de servicios. Fuente: OMS, 2010, adaptado de Tanahashi, 1978	24
Ilustración 2. Población y muestra del estudio	41
Ilustración 3. Mapeo de las viviendas	54

LISTADO DE ANEXOS

	Página
Anexo A. APROBACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN EN ETICA HUMANA CIREH UNIVERSIDAD DEL VALLE	<u>130</u>
Anexo B. ACEPTACIÓN MODIFICACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN	132
Anexo C. CERTIFICACIÓN RED DE SALUD CENTRO E.S.E PARA EL USO INFORMACIÓN LABORATORIO DE REFERENCIA DE CITOLOGÍAS	<u>133</u>
Anexo C. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	<u>134</u>

ABREVIATURAS

AGUS: Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado
ASC-H: Células Escamosas Atípicas Sugestivas de Lesiones Intraepiteliales de Alto grado
ASC-US: Células Escamosas Atípicas de Importancia Incierta o Indeterminada
CCU: Citología Cérvico Uterina
CIREH: Comité Institucional de Revisión en Ética Humana
E.S.E: Empresa Social del Estado
ENDS: Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS-C: Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo
EPS-S: Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado
INC: Instituto Nacional de Cancerología
IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
LIE-AG: Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado
LIE-BG: Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado
MIO: Masivo Integrado de Occidente
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
NIC I: Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 1 - Displasia Leve
NIC II: Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 2 - Displasia Moderada
NIC III: Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 3 - Displasia Severa/ Carcinoma In situ
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PDCC: Plan Decenal para el Control del Cáncer
PNA: Pobres No Aseguradas
POS: Plan Obligatorio de Salud
SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud
SDSVC: Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca
SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios
SSPM: Secretaría de Salud Pública Municipal
VPH: Virus de Papiloma Humano

RESUMEN

El incremento de los casos de cáncer de cuello uterino es un asunto que preocupa a las entidades del estado y a la comunidad en general por la mortalidad asociada a este evento y por las consecuencias que esta enfermedad le genera a la mujer y a su grupo familiar. Los esfuerzos para el tamizaje y detección del cáncer de cuello uterino se materializan en primera instancia con la toma de citología cérvico uterina “CCU” regularmente a las mujeres con vida sexual activa.

En Santiago de Cali se encuentra centralizado el Laboratorio de Referencia encargado del procesamiento de las citologías cérvico uterinas tomadas a las usuarias de la Red Pública en el municipio, en la Empresa Social del Estado “E.S.E.” Red de Salud Centro. Entre enero 01 a diciembre 31 de 2013 se practicaron en el municipio 80.274 citologías a usuarias provenientes de las 5 ESE que componen la Red Pública. Se encontraron hallazgos de anormalidad en el 3.1% de estas, correspondientes a 2.498 mujeres.

El 5.3% (141) de los reportes de anormalidad en la citología cérvico uterina fueron mujeres informadas al momento de toma de la citología como Pobres No Aseguradas. A esta población se le verificó inicialmente su vinculación frente al SGSSS y se encontró que 100 mujeres que corresponden al 70,9% lograron afiliarse a alguna EPS subsidiada o contributiva.

Se encontraron registros de Colposcopia/Biopsia en 62 (44%) de las 141 mujeres con anormalidad en la citología que inicialmente fueron reportadas como pobres no aseguradas reportadas en el año 2013 en Cali. Se identificó que estas mujeres lograron acceder a la confirmación diagnóstica de las lesiones y se les definió conducta clínica de acuerdo a los hallazgos histopatológicos a los 199,7 días en promedio $\pm 150,5$ con un rango que va de 35 a 612 días.

El estudio fue complementado con entrevistas semiestructuradas que se realizaron a 30 mujeres en la que se les indagó su percepción sobre el acceso al diagnóstico y su trayectoria por los servicios de salud que estuvieron involucrados en el diagnóstico y tratamiento de sus lesiones.

Este estudio deja al descubierto factores que deben ser analizados e intervenidos por los organismos encargados de la formulación e implementación de políticas en salud, los prestadores, aseguradoras, academia y tomadores de decisión de manera que se pueda avanzar en la minimización de barreras que el sistema y la región le imponen a la mujeres para acceder oportunamente a las pruebas que confirmen la anormalidad inicialmente reportada en la prueba de tamizaje.

Palabras clave: citología, colposcopia, biopsia, barreras, acceso, diagnostico.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal de las células que al desarrollarse en forma incontrolada, avanza entre los tejidos normales y los destruye. Cada año ocurren en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de desarrollo¹.

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, por las altas cifras de incidencia². Anualmente se diagnostican en el mundo 500.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y mueren aproximadamente 274.000 mujeres. De estas un 80% corresponden a América latina, Sudeste asiático y África³. En la mayoría de los países desarrollados, la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino ha disminuido hasta 70%, en parte, gracias a los programas de tamización bien organizados que cubren la mayoría de las mujeres en riesgo, complementados por un buen diagnóstico y tratamiento de las lesiones precancerosas y un buen control de calidad de todas las etapas⁴.

Las estimaciones de incidencia de cáncer en el periodo de 2002-2006 da cuenta que en Colombia se presentaron cerca de 70.887 casos nuevos por año. La tasa de incidencia ajustada fue de 196,9 por 100.000 mujeres exceptuando el cáncer de piel, cuyas principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, tiroides, estomago, colon, recto y ano⁵.

Durante el año 2.010 en Colombia, se registraron 33.998 defunciones por cáncer⁶. En adultos las principales causas de muerte por cáncer en hombres fueron estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras en las mujeres fueron cuello uterino, mama, estómago y pulmón.

La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia es relativamente baja respecto a otros países de Latinoamérica. Por ejemplo, en el año 2.008 mientras Colombia tenía una tasa de 9,42 muertes por 100.000 mujeres, países como Ecuador, Venezuela, Perú, Bolivia y Paraguay, presentaban tasas por encima de 13 muertes por 100.000 mujeres⁷.

La tasa estandarizada por edad de mortalidad en cáncer de cuello uterino en Colombia durante 2010 fue de 7,9 por 100.000⁸ y la meta propuesta de reducción en el Plan Decenal de Control del Cáncer⁹ para el año 2021 es de 5,5 por 100.000.

Según estadísticas de Globocan¹⁰ 2012, Colombia no ha sido ajena al contexto latinoamericano, dado que el cáncer de cuello uterino se ubica como el segundo

más frecuente en el país y continúa siendo la segunda neoplasia maligna más frecuente en mujeres después del cáncer de mama.

En Colombia el cáncer de cuello uterino¹¹ se constituye también como una de las causas más importantes de años perdidos de vida, ya que afecta una gran proporción de mujeres jóvenes y de edad media. El cáncer de cuello uterino al tratarse de una enfermedad prevenible hace posible reducir las tasas de morbi-mortalidad, sin embargo sigue siendo uno de los principales problemas de salud que ocasiona cada año un importante número de muertes⁴.

La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células epiteliales de revestimiento del cuello uterino. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Por lo anterior, el cáncer de cuello uterino es considerado como prevenible y curable en sus estadios tempranos, es por esto que las intervenciones están dirigidas a la detección temprana¹².

Según datos de la Liga Colombiana Contra el Cáncer 2013¹³, al año en el país se detecta aproximadamente 4.800 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y una de cada dos mujeres diagnosticadas con este cáncer morirá por esta causa debido a la detección tardía. También proyecta esta institución, que el 2,2% de las Colombianas desarrollará este cáncer antes de los 65 años.

La tasa estandarizada por edad de incidencia de cáncer en mujeres de Cali, expone un descenso en el tiempo pasando de 196,4 por 100.000 en el quinquenio 2003-2007 a 189,9 casos nuevos por 100.000 mujeres en el periodo 2006-2010¹⁴.

La tasa estandarizada por edad de mortalidad por cáncer de cuello uterino para el Municipio de Santiago de Cali, pasó de 9,2 por 100.000 mujeres en el periodo 1.999 - 2.003 a 7,9 por 100.000 mujeres en el periodo 2.004 - 2.008, y para el periodo 2.009 - 2.013 continuó el descenso ubicándose la cifra en 6,9 muertes por 100.000 mujeres.¹⁴

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud¹⁵ "ENDS" 2.010, el 99% de las mujeres entre 18 y 69 años conoce qué es la citología y 90% se la han realizado. El 61% de estas mujeres se realiza la citología cada año y es más frecuente esta práctica, entre las mujeres con nivel educativo superior, las residentes en zonas urbanas y con el índice de riqueza más alto. El 9% de las mujeres entre 18 y 69 años que se realizó la citología, no reclamó los resultados. De este segmento de la población, al 33% no le interesa el resultado y al 30% la institución no se lo entregó.

La ENDS 2.010 también reporta que el 4% de las citologías se reportaron con alguna anormalidad y solo al 2% de las mujeres se les realizó una colposcopia.

Respecto al Virus de Papiloma Humano “VPH” el 44% refiere conocer del tema, mientras que el 25% conoce respecto a la vacuna contra este virus¹⁵.

Para Cali¹⁵ según la ENDS 2.010, el 93,3% de las mujeres reclamó los resultados de su citología cérvico uterina, al 3,8% se le reportó resultado anormal y al 1,8% se le realizó colposcopia. Entre las razones para no reclamar el resultado de la citología al 42% no le interesó el resultado, el 4,2% de las caleñas no lo hicieron por el temor que le dijeran que tienen cáncer, al 4,2% de estas mujeres la institución no le entregó los resultados y el 49,6% manifestó otras razones.

Para la Organización Panamericana de la Salud-OPS¹⁶, la prevención del cáncer de cuello uterino recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria. La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer de cuello uterino. La prevención secundaria, se relaciona con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas de la enfermedad, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical. Las intervenciones en los programas de detección de cáncer se orientan a la detección temprana de pacientes con cambios sugestivos a fin de realizar diagnósticos confirmatorios y suministrar el tratamiento adecuado que permita limitar el daño y disminuir la mortalidad por esta causa.

Se considera entonces que un programa de detección de cáncer de cuello uterino logra ser efectivo cuando demuestra la reducción en la mortalidad y para que este impacto se logre, se debe disponer de mecanismos para que todas las mujeres puedan acceder a la citología de cuello uterino y posteriores pruebas confirmatorias en los casos detectados con anomalía. También los programas de detección deben disponer de los tratamientos y demás formas terapéuticas para tratar las afecciones detectadas en estas mujeres. Estas dos condiciones se convierten en necesarias para incidir en la historia natural de la enfermedad y para que los esfuerzos y costos de los programas de detección temprana de alteraciones resulten útiles.

A su vez estos esfuerzos institucionales deben ir acompañados del empoderamiento de la mujer frente a su situación de salud, donde se espera que las mujeres acudan periódicamente a la toma de las muestras, reclamen los resultados y puedan acceder oportunamente a la colposcopia y biopsias e iniciar tratamientos clínicos, independientemente del tipo de afiliación que tengan frente a la seguridad social.

En el estudio Benítez & Arias¹⁷ realizado en el año 2010 revisaron el acceso oportuno al diagnóstico de mujeres que tenían reporte de citología con lesiones intraepiteliales en la Red de Salud ESE Ladera de Cali, encontrando que solo el

20,4% de las mujeres accedieron a métodos diagnósticos oportunamente. Esta situación pone en alerta a la ciudad, haciendo necesario que se fortalezcan los programas existentes y se encaminen las acciones a fin de reducir la mortalidad asociada a este tipo de cáncer.

Por lo descrito anteriormente este trabajo investigación pretende contestar la pregunta ¿cómo es el acceso al diagnóstico de las mujeres que tienen lesiones cervicales en la citología cérvico uterina tomada en Cali durante el año 2013?

Los resultados de esta investigación esperan aportar datos claves que lleven a la reflexión a los encargados de la formulación e implementación de políticas en salud, a los prestadores, aseguradoras, academia y tomadores de decisión frente a las barreras que el sistema y la región le imponen a la mujeres para acceder oportunamente a las pruebas que confirmen la anormalidad inicialmente reportada en la prueba de tamizaje.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 ESTADO DEL ARTE

A nivel internacional se han desarrollado investigaciones que abordan el tema de cáncer de cuello uterino desde diferentes perspectivas, en Ciudad de México² realizaron un estudio con 2.107 usuarias del servicio de planificación familiar que asistieron entre enero de 1.997 a diciembre de 1.998. El estudio encontró que entre los principales factores predictores para la utilización de la prueba del Papanicolau se tienen: el conocimiento de la utilidad de la prueba, el antecedente de infección vaginal, el antecedente de utilización previa de dos o más métodos de planificación familiar y la aceptación del esposo para la realización de las exploraciones ginecológicas. Este estudio concluye que la ineficiencia de los programas de tamizaje y el bajo impacto que tienen, son consecuencia de la práctica de someter a examen de tamizaje en forma repetitiva a mujeres jóvenes cuyo nivel de riesgo es bajo, y que utilizan regularmente los servicios de salud, como son los consultorios de atención materna y de planificación familiar; con esta práctica se está perdiendo la oportunidad de examinar a quienes no solicitan estos servicios y que acuden a los servicios de salud de forma tardía.

En un estudio sobre cáncer de cuello uterino realizado para Latinoamérica¹⁸ relacionan que este tiempo de cáncer es uno de los ejemplos claros de inequidad en salud y la carga de la enfermedad difiere ampliamente entre países y en regiones dentro de los mismos. Las limitaciones que el estudio relaciona están en el marco de la cobertura de los registros, las deficiencias en los sistemas de estadísticas vitales y la carencia de información sobre el estadio de los tumores invasores al momento del diagnóstico que limitan la valoración que se pueda realizar a los programas de tamización, pues no se puede estimar si los efectos de la tamización han tenido un efecto real o si la reducción de las tasas de cáncer de cuello uterino se debe a mejoras sociales y/o a la disminución de las tasas de natalidad Este estudio menciona que a pesar de estas deficiencias, la razón mortalidad-incidencia (M/I) puede ser utilizada como indicador indirecto del desempeño del tamizaje y los servicios de salud en el control del cáncer de cuello uterino en un país.

Dado que el tratamiento del cáncer de cuello uterino es multidisciplinario y exige con frecuencia la integración de modalidades terapéuticas, en el panorama actual, los pacientes transitan por un número importante de IPS, trámites y barreras administrativas que deben ser identificadas y minimizadas para garantizarle a estas mujeres la continuidad y el acceso en los tratamientos que requiere su condición clínica. En estudios realizados en Colombia sobre percepción de los actores del sistema de salud se ha evidenciado aspectos como la fragmentación y la falta de articulación entre los servicios preventivos, los de detección temprana y los de asistencia médica que interfieren con la atención oportuna y con la calidad que requieren las mujeres con este tipo de anomalías¹⁹.

El cáncer de cuello uterino al considerarse estadísticamente como la segunda causa de muerte por cáncer entre las colombianas se convierte en un problema para la salud pública que se incrementa gracias a los patrones de salud sexual y reproductiva de la población, así como a las condiciones de pobreza, la situación de conflicto y la alta migración que dificultan la participación de las mujeres en los programas de detección temprana, lo que se suma a las deficiencias en la organización de los servicios que limitan el acceso al diagnóstico y al tratamiento oportuno²⁰.

A las barreras de acceso y oportunidad anteriormente descritas para la realización de pruebas confirmatorias, se le pueden sumar factores como la movilidad geográfica, la carencia del servicio telefónico en poblaciones de escasos recursos y el desempleo que determinan el tipo de vínculo con el sistema de salud y por ende se presenta una alta tasa de transición por los diferentes sistemas de aseguramiento, lo que dificulta el acceso a este tipo de servicios y el seguimiento que se le pueda dar desde los diferentes programas creados por los prestadores de servicios de salud⁵².

Al analizar los comportamientos de salud, se cuenta con un estudio realizado en México con un importante porcentaje de pacientes que conocían el reporte de su anomalía citológica y que tomaron la decisión de no continuar con el proceso. Un elemento que explica este hecho es, el peso que tiene la representación social del cáncer como sinónimo de muerte. En este estudio el miedo a la muerte fue un factor que explicó las altas tasas de abandono en mujeres mexicanas con anomalía citológica²¹.

Tratando el tema de representaciones sociales, barreras y motivaciones que tienen las mujeres frente al cáncer de cuello uterino, en Colombia se cuenta con un estudio cualitativo²² realizado con usuarias del Municipio de Soacha-Cundinamarca entre los años 2.005 y 2.006 en el que se encontró que las afiliadas al régimen subsidiado y las mujeres pobres no aseguradas, hacen un gran énfasis en la calidad de los servicios de salud como barrera o como factor de motivación para la realización periódica de la citología cérvico uterina. Resaltan aspectos como la tramitología, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad y la percepción de un cierto caos administrativo, que traducen en barreras para dar cumplimiento del esquema de tamizaje. Según este estudio, aunque las coberturas de esta prueba de tamizaje sean altas, estos programas solo alcanzan el impacto esperado si se logra cumplir el ciclo completo, es decir que se cuente con herramientas desde la captación de la mujer hasta la atención adecuada y oportuna cuando se diagnóstica una neoplasia.

Respecto a la práctica de citología de cuello uterino, en el año 2.002 se realizó un estudio transversal con 1.021 mujeres entre 18 y 64 años del área urbana de Bogotá donde exploraron la relación entre la práctica reciente de la citología con el

tipo de aseguramiento y el acceso a servicios de salud. Este estudio reveló que la condición de afiliada al sistema de seguridad social en salud, es un factor que contribuye a explicar en forma positiva y significativa la práctica reciente de la citología. Estos investigadores exponen que la población pobre no solo presenta mayores factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas sino que adicionalmente la gran carga de inequidad que produce la marginalidad se une en muchos casos a la menor posibilidad para acceder a los programas preventivos.

Continuando con los estudios realizados en Colombia²³, se tiene un estudio realizado en 4 departamentos donde encuestaron mujeres con reporte citológico de Lesión Intra Epitelial de Alto Grado "LEIAG" y carcinoma invasor de cuello uterino, seis meses después de haber recibido su reporte de anormalidad a través de la citología cérvico uterina. El estudio mostró que la cobertura en la prueba de tamizaje no es un elemento que explique el bajo impacto sobre la mortalidad, sino que el impacto está siendo afectado por los problemas generados por la descentralización administrativa, además de la falta de organización de los programas de tamización, el control de calidad, y la difícil articulación de los servicios preventivos con los del tratamiento.

En el estudio en mención se encontró una disociación entre las actividades de tamización con las de diagnóstico y tratamiento pues se estima que el 27 % de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras no culminaron el proceso hasta el tratamiento. Las razones de este hecho se atribuyen a las creencias de las mujeres, a las dificultades en la interpretación citológica y a los problemas administrativos del sistema de salud.

En este estudio²³, 40 % de las citologías reportadas como LEIAG resultaron ser lesiones de bajo grado o negativas en la biopsia. Este hecho evidencia también la ausencia de correlación entre la citología y la biopsia que es un componente esencial del control de calidad del programa de tamizaje. Otra situación que puede explicar la falta de continuidad en la atención de estas mujeres, es el hecho que muchas aseguradoras convirtieron la autorización de servicios en un mecanismo de contención de costos lo cual ha tenido un impacto negativo en la oportunidad y continuidad de la atención. Finalmente este estudio²³ resalta que cerca del 15 % de las mujeres pagan por procedimientos que están garantizados en los planes de beneficios a los que pertenecen.

Por otra parte se cuenta con un estudio realizado en la ciudad de Pasto-Colombia donde establecieron asociación entre los factores demográficos, clínicos y sociales, con el tiempo de supervivencia de las mujeres reportadas en el Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto durante el período de 1.998 a 2.002. Este estudio reportó que el promedio de tiempo entre el diagnóstico y la iniciación del tratamiento de estas mujeres fue de cinco meses²⁴. El 50% de mujeres que se diagnosticaron en este periodo tenían la probabilidad de vivir 36.8

meses. La probabilidad de supervivencia a cinco años fue del 60% para las diagnosticadas tempranamente (estadio I y II). El 57% de las mujeres que iniciaron el tratamiento antes de los seis meses posteriores al diagnóstico tuvo una mayor probabilidad de supervivencia a cinco años que aquellas que lo hicieron posteriormente.

Aunque el uso de la citología ha permitido el diagnóstico precoz, en muchos casos un porcentaje muy importante se sigue diagnosticando en estadios avanzados y tiene unas elevadas tasas de mortalidad, razón por la cual son comprensibles las dificultades de las pacientes para enfrentarse al mismo. El análisis de supervivencia de las mujeres del municipio de Pasto diagnosticadas durante el período de 1.998 a 2.002, muestra que la supervivencia a cinco años es del 45% independientemente del estadio en el cual se diagnostica la enfermedad. En otras regiones como en Costa Rica en la cual se aplicaron las mismas metodologías para el análisis, se demostró que logran supervivir el 68% de las mujeres. La afiliación al régimen de seguridad social en este estudio no tuvo significancia mostrando que para este caso no existe diferencia entre la atención para aquellas personas que tienen aseguramiento y aquellas que no lo poseen, es decir, la creencia sobre un trato diferencial en este estudio no puede ser demostrada²⁴.

En este estudio, las mujeres de Pasto mayores de 50 años tuvieron una probabilidad de morir 2,4 veces más que las menores de 50 años y las diagnosticadas en estadios III o IV aumentaron la probabilidad de morir 4,46 veces más que aquellas mujeres que fueron diagnosticadas en estadios I o II; hallazgo que reafirma la necesidad de enfatizar en la educación a las mujeres para acudir a los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino²⁴.

Por otra parte, existe un estudio realizado en el municipio de Soacha-Cundinamarca²⁵ donde utilizaron técnicas cualitativas, grupos focales y entrevistas con funcionarios de salud involucrados en la atención de las usuarias para la detección precoz de cáncer de cuello uterino, se les indago a cerca de los problemas que ellas perciben respecto a la prestación de los servicios para el control de esta enfermedad en el municipio. Los investigadores concluyeron que no hay un programa de salud pública para cáncer de cuello uterino, sino un conjunto de actividades desarticuladas, y que es necesario desarrollar una intervención que permita mejorar la articulación entre las características de la población y los servicios de atención, con el propósito de mejorar la forma como se administra el riesgo y el acceso a los servicios de salud. Este estudio también encontró que realizar seguimiento a las mujeres con hallazgos positivos en la citología cérvico uterina, se ha tornado una tarea difícil para el personal de los servicios de salud ya que los registros para la toma de citología no contienen los datos completos y exactos para ubicar a los pacientes y poder informar los resultados de la prueba tamiz y para dar seguimiento a la situación de salud de esta población.

En un estudio cualitativo realizado en una provincia de Argentina para analizar la magnitud y los motivos del abandono en el proceso de seguimiento y tratamiento por parte de las mujeres con diagnóstico de lesiones de alto grado atendidas en el sistema público durante 2010, se encontró que²⁶ el porcentaje de abandono en la población de estudio fue del 23,5%. Entre estas mujeres, el 40,5% de las mujeres mencionó algún motivo relacionado con la organización y funcionamiento del sistema de salud. Entre este grupo de mujeres, el 28,6% mencionó motivos relacionados con la organización de los servicios: retrasos en la obtención de los resultados, problemas para acceder a los turnos o largos tiempos de espera para ser atendidas; y el 11,9% mencionó motivos relacionados al proceso de atención (problemas en la comunicación del resultado o malas experiencias de atención). El 30,9% de las mujeres que abandonó el proceso de atención, reportó motivos subjetivos: miedo, negación a la enfermedad o no considerar necesario continuar con la atención. También problemas familiares (7,1%), razones laborales (4,8%), carga de trabajo doméstico y cuidado de niños (4,8%) y barreras para el traslado (4,8%).

Por otra parte durante los años 2.005 a 2.006 se realizó un estudio en los departamentos de Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima, para evaluar la oferta de servicios para tamizaje y diagnóstico en Colombia⁵⁷. El estudio reporta que en términos de estructura, la oferta de recurso humano presenta algunos problemas en lo que se refiere a las características específicas de formación y entrenamiento del personal encargado de la lectura de las citologías. También expone que el incumplimiento de procesos básicos, tales como los sistemas de registro de actividades y el bajo porcentaje de instituciones con un proceso definido y tiempo asignado para el seguimiento de mujeres con anormalidad citológica, evidencia que algunas de las actividades esenciales de un programa de tamización no se cumplen actualmente en Colombia.

Los investigadores consideran que es necesario exigir, dentro de los requisitos de habilitación para las unidades de tamizaje⁵⁷, que cada una de ellas disponga de un funcionario con dedicación y remuneración específica para que desarrolle las acciones de seguimiento de las mujeres con anormalidad detectada en la citología cérvico uterina. Otro hallazgo de este estudio fue que, los centros de colposcopia tuvieron una adecuada oportunidad para la asignación de las citas y la entrega de resultados, sin embargo, un indicador de mala calidad del servicio fue que un alto porcentaje de mujeres debía entregar personalmente la biopsia al laboratorio, pues los centros de colposcopia no contaban con un proceso estipulado para garantizar que las usuarias finalicen la fase diagnóstica adecuadamente⁵⁷.

En otro estudio realizado en los 4 departamentos del país enunciados en el estudio anterior, encontraron que el 49% de las citologías eran falsos negativos por diferencias inter-observador, este hecho pone de manifiesto la necesidad de realizar esfuerzos en términos de calidad de las citologías²⁷. En el estudio encontraron una baja relación entre cobertura de la citología y la mortalidad

asociada al cáncer de cuello uterino, este hecho también involucra dificultad en los componentes de calidad, seguimiento, diagnóstico definitivo y tratamiento de lesiones cervicales precancerosas y cáncer.

En un estudio de casos y controles¹⁹ realizado en los departamentos de Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima en el año 2.005 para evaluar la efectividad de la citología cérvico-uterina, se incluyeron en la muestra de los casos, 400 mujeres de 25 a 69 años con cáncer invasor y en los controles, se incluyeron mujeres sin cáncer invasor. En este estudio la edad promedio de las participantes fue de 48,4 años y el 13,8% eran mujeres sin aseguramiento.

El estudio en mención muestra que el 49,5% de los casos de cáncer invasor tenían antecedentes de citología en los últimos tres años, este dato indica que, quizá, la efectividad está influenciada por factores diferentes a la cobertura e inherentes a la prueba de tamización, sin embargo, este estudio no indagó sobre el acceso a la confirmación diagnóstica (colposcopia-biopsia) tras el resultado de una citología positiva. En este sentido, el estudio identificó que 31 mujeres de la muestra no conocían el diagnóstico, este hecho puede estar relacionado con la falta de seguimiento de las mujeres con citología positiva. Esta situación es un reflejo del énfasis puesto actualmente en la normatividad del país (metas de programación) y para los investigadores del INC, este tipo de hechos le imponen un reto al país en la obtención de información complementaria sobre otros componentes de los programas, la revisión urgente de la normatividad y el fortalecimiento integral de las estrategias de tamización¹⁹.

En un estudio realizado en la ciudad de Manizales con la revisión documental de las historias clínicas de 1.500 mujeres⁵⁴ entre los años 2.000 a 2.007, se encontró que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales de esta población fue de 17,9 años, del 19,3% que reportó antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual “ETS”, el 73,3% fue por VPH, sólo un 4,3% usó anticonceptivo de barrera y el 42,1% de las citologías se reportaron como normales. El 70,5 % de las colposcopias realizadas a las mujeres que requerían esta prueba diagnóstica resultó negativa.

El estudio encontró en las usuarias con anormalidad según colposcopia/biopsia que el 36,5% tenían Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado “LEI-BG”, el 25,5% infección por VPH en la colposcopia. El 8,8% padecían Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado “LEI-AG” y la incidencia de cáncer de cuello uterino en el estudio fue de 2,3%. Finalmente determinaron que al 10,6% de mujeres no le tomaron biopsia por su condición clínica y el 8,7% de esta muestra de mujeres no reclamó los resultados.

Por otra parte, en un estudio realizado en el Departamento de Santander para determinar la prevalencia de las lesiones patológicas entre la citología, colposcopia y biopsia, y su asociación con el diagnóstico final de carcinoma

invasor de cuello uterino, donde se revisaron 454 historias clínicas e informes anatomopatológicos de usuarias de la Liga de Lucha Contra el Cáncer en Santander tamizadas con entre los años 2.002 y 2.003²⁸. Se encontró que no existe asociación de los diagnósticos de ASCUS, AGUS, Inflamación, LEI de alto grado con el diagnóstico final de cáncer. También confirmaron la asociación del diagnóstico sospechado por colposcopia en cáncer invasor, unión escamo columnar visible y su asociación positiva con la presencia del cáncer en el diagnóstico final de estas pacientes a través de Biopsia.

Siguiendo con las investigaciones realizadas en Colombia, entre el 2.005 a 2.006 se desarrolló un estudio cualitativo¹⁹ donde entrevistaron directores de aseguradoras y de instituciones de salud públicas y privadas a nivel departamental y municipal en Boyacá, Caldas, Magdalena y Tolima. Este estudio evidenció que la articulación entre las diferentes actividades para el control del cáncer cérvico uterino en Colombia se configura como una tarea difícil ya que la planificación actual solo racionaliza la implementación de estrategias, pero no las coordina ni las controla. El estudio describe que las direcciones de salud de los departamentos y los municipios se limitan al cumplimiento de actividades y funciones establecidas en la normatividad, donde, el grupo de aseguramiento vigila la afiliación al sistema de salud de la población de bajos recursos económicos que cuenta con subsidios por parte del Estado; el grupo de salud pública promueve la realización de las pruebas citológicas; y el área de desarrollo de servicios gestiona la prestación de servicios a la población subsidiada. Sin encontrar un punto que los articule o los coordine.

El estudio en mención¹⁹ establece que a pesar de que los estándares internacionales recomiendan tener laboratorios centralizados de lectura de las pruebas citológicas para mejorar la calidad del diagnóstico, en los últimos años en Colombia han aumentado el número de laboratorios que analizan las pruebas citológicas como resultado de la competencia regulada y la descentralización. Este aspecto afecta de forma negativa la calidad del diagnóstico. A ello se suma la ausencia de dirección central y la falta de acciones para el control de la calidad. Los investigadores resaltan que los planes regionales y municipales para el control del cáncer cérvico uterino, presentan deficiencias desde su misma estructura ya que el sistema Colombiano pone un importante énfasis en la eficiencia institucional, trayendo como consecuencia limitaciones para el acceso oportuno a los servicios debido a la contención de costos y la falta de continuidad en los procesos. Estos aspectos impiden que las entidades puedan lograr la cobertura de la población con alto riesgo, el seguimiento de las mujeres con resultados alterados en sus pruebas citológicas, el control de la calidad de las pruebas y especialmente, el acceso al diagnóstico definitivo y al tratamiento oportuno.

2.2 MARCO TEÓRICO

En el estudio de la salud y la enfermedad, la epidemiología y las técnicas cualitativas no sólo no se excluyen, sino que se pueden complementar ya que ambas contribuyen al estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad, a la planificación sanitaria, a la detección de necesidades y a la evaluación de las intervenciones para la salud²⁹.

De esta manera el sistema sanitario³⁰ se comporta como un determinante de la salud ya que interacciona y puede modificar el efecto de los otros determinantes sociales de la salud, pues tiene la responsabilidad de desempeñar una función activa en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención.

La equidad en salud, según esto, le apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo. Para hablar de equidad en salud, es necesario que exista equidad de acceso a la atención, y este aspecto se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago y la afiliación a la seguridad social.

Es posible ordenar en términos del tipo de determinantes y distintas fases del análisis de equidad, y de este modo identificar en cada programa de salud las barreras de acceso y los determinantes sociales específicos en tales programas, y al mismo tiempo identificar barreras comunes a todo el sistema de salud o a un conjunto de programas³¹.

Por lo anterior, el “Modelo de Cobertura Efectiva” de Tanahashi³⁰, fue el modelo teórico utilizado en este estudio para evaluar el acceso. Según Tanahashi, para alcanzar la cobertura efectiva con equidad, las barreras deben ser identificadas en dos direcciones: identificando a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad, e identificando en qué etapas del proceso, tales barreras tienen lugar con mayor frecuencia y así, dirigir las intervenciones a los “cuellos de botella” específicos.

MODELO DE EVALUACIÓN DE EQUITAD DE ACCESO Y BARRERAS PARA LOGRAR COBERTURA DE SALUD

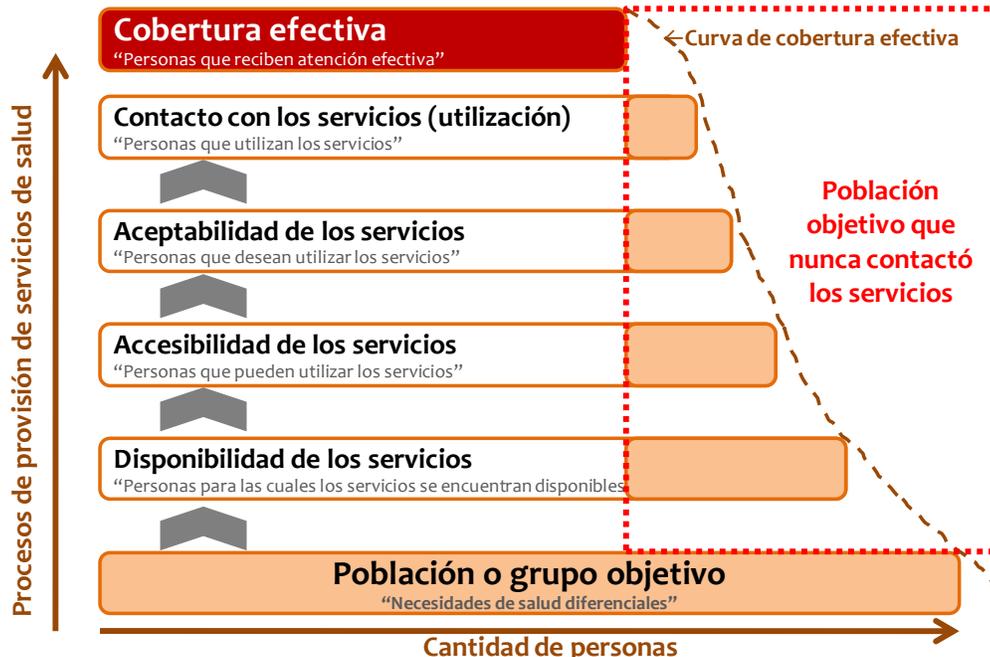


Ilustración 1. Modelo de Tanahashi para la prestación y cobertura de servicios. Fuente: OMS, 2010, adaptado de Tanahashi, 1978

2.3 MARCO CONCEPTUAL

La finalidad de cualquier tipo de tamizaje de salud pública es ofrecer medios baratos y accesibles para determinar qué personas de una población es probable que tengan o lleguen a tener cierta enfermedad, y luego proporcionar las pruebas diagnósticas, el tratamiento adecuado o ambos⁵².

La **Citología Cérvico Uterina** también llamada Prueba de **Papanicolaou** descrita por Papanicolaou y Traut en 1941 se ha convertido en el método sencillo y económico más efectivo para el tamizaje; y se considera el factor más importante para la disminución de las formas invasoras¹⁷.

La citología del cuello uterino¹³ considerada una prueba de tamizaje, consiste en la recolección de células del cuello uterino para observarlas luego al microscopio en búsqueda de cambios celulares que puedan sugerir lesiones precancerosas o cáncer. Es un examen de tamización que se practica a las mujeres asintomáticas, con vida sexual activa.

El tamizaje por citología de cuello uterino, se considera como una actividad encaminada a obtener una muestra de células epiteliales exfoliadas del cuello uterino para, con su estudio microscópico, identificar alteraciones citomorfológicas que permitan definir lesiones preneoplásicas o neoplásicas, con el fin de disminuir

la morbilidad y mortalidad asociada a esta patología. La toma de la citología cérvico uterina debe realizarse, sin exclusión, a toda la población en riesgo de presentar este tipo de patología³². Las normas vigentes en Colombia estipulan la realización de la citología para mujeres entre los 21 a 69 años de edad o menores con vida sexual activa, en un esquema que incluye una citología negativa inicial, una citología negativa al año y luego controles cada tres años si la citología sigue siendo negativa; este esquema se conoce como esquema 1-1-3.

El diagnóstico del cáncer de cuello uterino es histológico. El esquema diagnóstico de las lesiones preinvasoras e invasoras del cuello uterino, incluye universalmente la realización de cuatro procedimientos que van desde la citología, colposcopia, biopsia hasta la conización. Estas pruebas se describen ampliamente a continuación:

La meta fundamental de la investigación citológica cervical es, identificar a las mujeres que requieren evaluación adicional con colposcopia para detectar la presencia de lesiones precursoras de cáncer. La progresión de displasia de bajo grado a displasia de alto grado toma un promedio de 9 años, y la progresión de la displasia de alto grado a cáncer invasor de 3 meses a 2 años; la historia natural de la displasia cervical ha demostrado que la progresión de lesiones de bajo grado a cáncer es evitable. De hecho, hasta el 70% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LEI BG) se resuelven espontáneamente en 1 o 2 años¹⁷.

Según la Guía de Práctica Clínica n°3 del Instituto Nacional de Salud⁵², la usuaria debe recibir el resultado de citología cérvico uterina a los 8 días de habersele tomado la muestra. Si el resultado de citología es positivo, la usuaria deberá ser valorada por médico general con el fin de ser remitida al especialista, posteriormente la mujer debe asistir a consulta ginecológica, para luego realizarse la colposcopia y biopsia, recibir posteriormente el diagnóstico de su biopsia e iniciar el tratamiento de acuerdo a la anormalidad confirmada. Todo lo anterior debe suceder en un tiempo no mayor a tres meses, independientemente del tipo de aseguramiento que tenga la mujer.

La sensibilidad (proporción de personas con una enfermedad que tienen un resultado positivo en una prueba diagnóstica) de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70% a 80%, lo anterior implicaría que hay entre un 20% a 30% de mujeres que teniendo lesiones de Alto grado, la prueba no las detecta o identifica, esto se conoce como falsos negativos, de allí la importancia de que las mujeres se realicen la toma de citología en la periodicidad definida cuando no se detectan resultados anormales en la misma. Adicionalmente hay una serie de factores que limitan la sensibilidad de esta prueba entre ellos se incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de unas pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células y la baja

calidad en la lectura de las citologías. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo a pesar de los mecanismos y control de calidad a las muestras¹⁷.

El uso de la citología como método de tamizaje para el cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. La citología de cuello uterino no es un procedimiento diagnóstico por sí solo, ya que los cambios citológicos anormales encontrados a través de ella deben siempre ser confirmados mediante el estudio histológico del tejido obtenido por la biopsia o la conización, cuando esta última esté indicada.

Los resultados de Citología de cuello uterino se reportan en el **Sistema Bethesda**³³, que es el más aceptado universalmente y considera la información referente a VPH como parte de los criterios citológicos para definir los grados de lesión.

En septiembre de 2001, la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) realizó un taller de consenso para desarrollar pruebas soportadas y directrices basadas en el consenso de los asistentes para estandarizar para el tratamiento de mujeres con anomalías citológicas y precursores del cáncer cérvico uterino³⁴. Las directrices emanadas de dicho taller es lo que se conoce como **Bethesda 2001**, a partir de esta directriz, los resultados de la citología se empezaron a reportar de la siguiente manera:

A. Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer: esta primera categoría significa que no se detectaron signos de cáncer, cambios precancerosos ni alguna otra anomalía significativa. Algunas muestras en esta categoría resultan ser completamente normales. Otras puede que detecten hallazgos que no tengan que ver con el cáncer de cuello uterino, como signos de infección con hongos, herpes o Trichomonas vaginalis. Algunas mujeres también pudieran mostrar “cambios celulares reactivos”, que son la forma en que las células del cuello uterino responden a las infecciones u otras irritaciones.

B. Anomalías de las Células Escamosas: esta segunda categoría significa que las células que recubren el cuello uterino o la vagina muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna afección precancerosa. Esta categoría se divide en varios grupos que se discriminan a continuación:

- **Células Escamosas Atípicas (ASC):** Este término se usa cuando existen células que lucen anormales, pero que no es posible saber si esto se debe a infección, irritación o es un precáncer. Este grupo se divide más específicamente en dos subgrupos:

-**Células Escamosas Atípicas de Importancia Incierta o Indeterminada (ASC-US):** ocurren con una frecuencia menor de 5% y deben investigarse factores

asociados como atrofia e infección por VPH. La mayor parte del tiempo, los ASC-US no son precancerosas.

Las mujeres de 20 años o menos con resultados de Papanicolaou que muestran ASC-US tienden a ser observadas sin necesidad de tratamiento. Para las mujeres de al menos 21 años de edad con ASC-US, los expertos recomiendan colposcopia, repetir una prueba de Papanicolaou en seis meses o la prueba de VPH ADN.

Si la prueba de VPH da positivo, se realizará una colposcopia. Algunos médicos usan la prueba VPH ADN para ayudarlos a decidir si hay que hacer una colposcopia. Si se detecta un VPH de alto riesgo, es probable que el médico ordene una colposcopia¹⁸. Para los ASC-US se determina un tratamiento adecuado y se repite la citología cérvico uterina en 4-6 meses. Si persiste la ASCUS, debe llevarse la paciente a colposcopia, biopsias dirigidas y dar tratamiento de acuerdo a los hallazgos. Si la segunda citología es negativa, se realizan citologías cada 6 meses por 2 años. Los ASC-US tienen una probabilidad del 5-17% de corresponder a una Lesión Intraepitelial de Alto grado y 0,1% a 0,2% de corresponder a cáncer invasivo.

-Células Escamosas Atípicas Sugestivas de Lesiones Intraepiteliales de Alto grado (ASC-H). Para mujeres con este hallazgo se recomienda entonces una colposcopia. Un ASC-H tiene un 24-94% de probabilidad de corresponder a una Lesión Intraepitelial de Alto Grado¹⁷.

-Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LEI-BG). La prevalencia de esta anormalidad es mayor entre mujeres de 20-24 años de edad. En el anterior sistema de clasificación de las citologías, a este tipo de lesiones también se les conocía como NIC I-Displasia leve.

En usuarias cuyo resultado de la prueba Papanicolau arroja alguna lesión Intraepitelial Escamosa (SIL o LEI) requieren de colposcopia/biopsia para confirmar diagnóstico y determinar el tipo de tratamiento. Debido a que la mayoría de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas son positivas para VPH, las pruebas del VPH no se usan para decidir si una mujer con SIL en los resultados de una prueba de Papanicolaou necesita una colposcopia.

-Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LEI-AG). Aproximadamente entre el 70-75% de estas lesiones se confirman por biopsia y 1 al 2% finalmente se diagnostican como lesiones invasivas. En el anterior sistema de clasificación de las citologías, las anormalidades de este tipo contemplaban NIC II-Displasia moderada, NIC III-Displasia severa y el Carcinoma In Situ.

-Carcinoma Escamocelular Invasivo: Este hallazgo implica que la mujer debe cursar tratamiento con Oncología para prevenir el avance de las lesiones a otros tejidos y órganos.

Anomalías de las Células Glandulares. Frecuentemente este hallazgo citológico se asocia a lesiones escamosas de alto grado. En esta categoría se divide en categorías que se discriminan a continuación:

- Células glandulares atípicas de Significado Indeterminado (AGSI, AGUS ó AGCs): son reportadas cuando las células glandulares no lucen normales, pero tienen características que impiden que se pueda tomar una decisión clara con respecto a si son cancerosas. El patólogo debe hacer la distinción de acuerdo al origen, pudiendo ser:

- I. Endocervicales
- II. Endometriales.
- III. Células glandulares endocervicales, que favorecen neoplasia.

Los AGUS representan un 0,2% al 0,6 % de todas las citologías y hasta en 15% a 20% de los casos se asocia con lesiones del endocérvix, del endometrio, e incluso se le ha asociado con neoplasias de tipo ovárico. Este hallazgo amerita una colposcopia/biopsia. Si el resultado de la biopsia es negativo, debe tomarse una nueva citología en 3 meses y si el resultado de esta nueva citología es positiva para AGUS, se deben repetir la colposcopia, biopsias dirigidas, biopsias del endocérvix uterino y biopsia de endometrio y ecografía transvaginal. Si todos estos estudios son negativos y persiste la presencia de AGUS, debe plantearse la necesidad de hacer un cubo endocervical o cono diagnóstico y legrado endometrial, previa histeroscopia. Si la nueva citología es negativa, se deben hacer controles cada 6 meses, por 2 años.

- Adenocarcinoma: Los cánceres de las células glandulares se llaman adenocarcinomas. En algunos casos, el patólogo que examina las células y puede indicar si el adenocarcinoma comenzó en el endocérvix, en el endometrio o en alguna otra parte del cuerpo. Según lo anterior debe reportar si se trata de:

- I. Adenocarcinoma endocervical in situ.
- II. Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino, sin especificar (NOS).

- Otras Neoplasias Malignas. Esta categoría se refiere a formas de cáncer que rara vez afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas.

Saliendo del Tema de la Citología Cérvico Uterina, de debe abordar el tema del **Virus del Papiloma Humano (VPH)⁴** que es considerada la causa principal y necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino. La identificación de este virus ha abierto nuevas perspectivas para la prevención en dos frentes principales: en la prevención primaria, gracias a la introducción de vacunas profilácticas, y en

la prevención secundaria, integrando las pruebas de detección de VPH en los programas de tamizaje.

El VPH es un virus ADN pequeño de una amplia diversidad molecular, hasta la fecha se han identificado 120 genotipos. El mecanismo patológico más importante es su capacidad de inducir proliferación celular, la cual en la mayoría de las ocasiones es benigna, pero en otras puede llevar a un crecimiento celular incontrolado que termina en cáncer. Este virus infecta los epitelios y las mucosas de los órganos genitales, los tractos respiratorio y digestivo superiores y en la piel.

Con relación a su potencial oncogénico se consideran dos grandes grupos de VPH: el grupo de alto riesgo, o tipos oncogénicos, cuyos prototipos son los VPH 16 y 18, y los de bajo riesgo cuyos prototipos son los VPH 6 y 11. En los órganos genitales los VPH de bajo riesgo causan las verrugas genitales o condilomas, y los tipos de alto riesgo causan los cánceres de cuello uterino, ano, pene, vulva y vagina.

Dos de los tipos oncogénicos de VPH (16 y 18) son los responsables de 70% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial, y de 65% en América Latina. Siguen en orden descendente de frecuencia VPH 45, 31, 33, 52, 58 y 35. Estos 8 tipos de VPH son responsables de 90% de los cánceres de cuello uterino a nivel mundial. Esta información fue esencial para decidir qué tipos de VPH irían en la fabricación de las vacunas. Claramente, el descubrimiento, desarrollo y evaluación de una vacuna contra el VPH constituye uno de los avances más importantes en la prevención del cáncer de cuello uterino de los últimos años⁴.

Continuando con el tema de investigación biomédica y epidemiológica, se han registrado avances significativos al descubrir la forma de transmisión del virus y su relación con el desarrollo del cáncer de cuello uterino, y se ha logrado una vacuna contra cuatro serotipos del virus. Pero es necesario indagar la dimensión sociocultural de estos problemas y su inclusión en la formulación de la política y promoción de la salud, la calidad de la atención y el fomento de la adherencia de las pacientes a los procesos de cuidado³⁵.

Como intervención colectiva, las políticas públicas, la legislación y la regulación dirigidas a modificaciones estructurales del entorno han mostrado ser tal vez, la estrategia más costo-efectiva y de mayor impacto en el mejoramiento de las condiciones de salud³⁶, es por esto que en Colombia a partir de agosto de 2012 se introdujo la **vacuna contra el Virus de Papiloma Humano** en el Plan Ampliado de Inmunización "PAI"³⁷ cuya población inicial fueron las niñas escolarizadas de las instituciones educativas públicas y privadas que cursaran cuarto grado de básica primaria y que en el momento de la vacunación hubiesen cumplido nueve años.

Después de tratar el tema de la prueba de tamizaje, la vacunación y detección del VPH, se hace necesario tratar las pruebas confirmatorias para las alteraciones inicialmente reportadas en la citología cérvico uterina. **La Colposcopia** fue ideada por Hinselmann en Alemania en 1925 tiene una mayor sensibilidad que la citología pero tiene menor especificidad para evitar procedimientos invasivos (biopsias y conizaciones) innecesarios y adicionalmente es más costosa¹⁷.

La Colposcopia es una técnica que permite formular una impresión diagnóstica respecto a los rasgos benignos o malignos que son distintivos en una enfermedad preinvasora o invasora del cuello uterino. Consiste en la iluminación amplificada en la totalidad de la parte inferior del aparato genital femenino, la cual incluye vulva, vagina y cuello uterino. Esta técnica se logra a través de un Colposcopio, que es un equipo biomédico binocular que incorpora lentes de 25 a 40 aumentos dispuestos a modo de telescopio, los cuales proporcionan una visión ampliada del cérvix con insistencia especial en el epitelio superficial y vasos sanguíneos del estroma subyacente del tejido conectivo.

El objetivo de la colposcopia es dirigir las biopsias y determinar la extensión de las lesiones. El procedimiento implica que el Ginecólogo Colposcopista realice una limpieza de las secreciones exocervicales con escobillón de algodón humedecido con solución salina, luego se procede con la visualización colposcópica directa del cérvix, seguidamente se aplica Ácido Acético al 3 %, para una nueva visualización del cérvix. Posteriormente se da la aplicación de Lugol, y nuevamente se visualizan las estructuras para determinar los sitios sugestivos de lesión de donde se tomaran las muestras. Posteriormente estas biopsias, son enviadas en formol al patólogo para que determine el diagnóstico a través del estudio histológico de los tejidos obtenidos del exocérvix, endocérvix y en algunos casos del endometrio. El combinar la citología y la colposcopia ofrece una seguridad diagnóstica que excede el 95%⁵³.

La Biopsia Cónica o conización Es un medio de diagnóstico y tratamiento donde se da la resección de un fragmento de cuello uterino en forma de cono, con base en el exocérvix y vértice en la parte alta del endocérvix, cerca del orificio cervical interno. Las medidas del cono son variables, de acuerdo al tamaño del cuello uterino, pero debe incluir en su base toda la zona de transformación (el límite entre el exocérvix y el endocérvix) pues esta es el área del cuello uterino donde es más probable que se origine un cáncer y tener una altura tal que llegue hasta por lo menos 5 mm del orificio cervical interno. La biopsia cónica se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas.

En pacientes jóvenes con deseo de reproducción y sin alta sospecha de patología endocervical superior, la conización diagnóstica no debe tener vértice muy alto. Hacerse una biopsia cónica no evitará que la mayoría de las mujeres queden

embarazadas, aunque las mujeres a quienes se les extirpa una gran cantidad de tejido mediante la biopsia pueden tener un riesgo mayor de partos prematuros.

Entre las indicaciones para la Conización Cervical se encuentran:

- Falta de correlación entre los hallazgos citológicos, colposcópicos e histológicos.
- Cuando se diagnostica carcinoma microinvasor.
- Cuando hay sospecha de lesión endocervical alta.
- Cuando se diagnostica adenocarcinoma in situ, por biopsia.
- Como parte del estudio de AGUS.

Para las biopsias cónicas se utilizan comúnmente dos métodos: el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP, también conocido como escisión con asa grande de la zona de transformación o LLETZ,) y la biopsia cónica con bisturí frío.

2.4 MARCO LEGAL

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, todas las mujeres afiliadas al sistema entre 25 y 69 años de edad y las menores de 25 años con vida sexual activa tienen derecho a la citología sin costo. Teniendo en cuenta la historia natural del VPH y del cáncer de cuello uterino, la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y desaparecen espontáneamente antes de los 30 años. Un pequeño porcentaje de infecciones puede hacerse persistente y generar lesiones preneoplásicas en un período de varios años. Por esta razón la literatura reporta que no se recomienda hacer búsqueda activa de mujeres menores de 25 años para realizarse la citología, pues en este grupo de edad el riesgo de tener lesiones preneoplásicas o cáncer es muy bajo¹⁷.

En la **Resolución 412 del 2.000**, el Ministerio de Salud definió que la meta de cumplimiento para toma de citologías era del 80% de la población de mujeres entre 25 y 69 años de edad³⁸. Sin embargo, esta resolución no especifica que tal porcentaje se debe alcanzar en 3 años y que se deba medir con el registro de las citologías de primera vez, esta situación ha generado confusión entre los actores del sistema de salud, por cuanto los aseguradores exigen metas de cumplimiento anual del 80%, lo que para los prestadores ha resultado en metas difíciles de alcanzar. Aunque en Colombia las metas de programación no se miden según esquema de tamización, en la actualidad las aseguradoras han reportado coberturas adecuadas, este hecho implica una reflexión en los aseguradores para que implementen un indicador más útil, que les permita identificar población afiliada que no tiene adherencia al tamizaje, o población en riesgo que nunca ha participado en la tamización particularmente, en las zonas rurales⁵⁷.

La problemática descrita anteriormente, impone una extraordinaria complejidad al desarrollo de las acciones por parte de los prestadores de servicios de salud, y

condicionan la operación de la tamización de forma no organizada (tamización de oportunidad), ya que en un mismo territorio colombiano coexisten diversos regímenes de aseguramiento y a su vez un porcentaje de población pobre no asegurada. También entran en juego una cantidad importante de empresas aseguradoras (incluidos como tal los municipios para el caso que les corresponde), cada una de ellas con estrategias diferenciales. El elemento de cohesión que exige el Ministerio de Salud y Protección Social, es el cumplimiento en la realización de un número de citologías programadas; pero estas metas no evalúan coberturas y son definidas para la población que tiene algún tipo de aseguramiento en salud²⁰.

En el ámbito de los servicios de salud y en función de las actividades de detección temprana, en Colombia se cuenta con la Resolución 412 de 2000³⁸ donde se determinan entre otras, las estrategias de tamización para cáncer de cuello uterino. En estas guías se explicita que las mujeres a las que se les ha detectado alguna anomalía en su citología cérvico uterina deben iniciar tratamiento en menos de 90 días³⁸.

La Organización Mundial de la Salud-OMS³⁹ señala que los servicios de detección mediante la citología deben ser accesibles, tanto en distancia como en horario de atención, a toda la población en riesgo de contraer cáncer de cuello uterino y que, en los sitios donde no hay ginecólogos o suficientes médicos, las muestras de citología cervical pueden ser tomadas por enfermeras o auxiliares adiestradas con tal fin, estableciendo, por consiguiente, programas de adiestramiento para este personal y la metodología que debe seguirse en forma estricta y controlada.

Según el artículo 12 de la **Resolución 3384 de 2000**⁴⁰ entre las metas de cumplimiento para el Régimen Contributivo en el marco de las técnicas de protección específica y detección temprana del Cáncer de Cuello Uterino se tiene que las EPS-C tenían como meta el 80% de Colposcopia con Biopsia entre sus afiliadas (código 70.2.2.01). Hasta el año 2011 y con la entrada en vigencia del **Acuerdo 029**⁴¹ de la Comisión de Regulación en Salud “CRES” se consideró la Colposcopia entre el listado de inclusiones del POS que cubre a los afiliados al régimen subsidiado y fue determinado como procedimiento de primer nivel de atención según el anexo N° 2 denominado Listado de procedimientos y servicios del Plan Obligatorio de Salud.

Los prestadores y aseguradores a partir del año 2012 según lo establecido en la **Resolución 4505**⁴² son las encargadas de recolectar e integrar al “SISPRO” Sistema Integral de Información de la Protección Social los datos relacionados con las actividades de Protección Específica y Detección Temprana de las enfermedades de interés en salud pública. Esta resolución contempla entre los datos de reporte la fecha y resultado de la citología y de la colposcopia y este dato consolidado por el país permitiría tener información actualizada del impacto de las acciones de promoción y Prevención y de la cobertura de las pruebas diagnósticas

utilizada en cáncer de cérvix.

En cuanto a los avances políticos y estratégicos para reducir el impacto del cáncer de cuello uterino en la población Colombiana, se puede resaltar que en el año 2.011 se actualizó el Plan Obligatorio de Salud “POS”, donde se incorporó un número importante de tecnologías para el control del cáncer como son la prueba de VPH y las técnicas de inspección visual con ácido acético y lugol para la tamización y detección temprana de cáncer de cuello uterino, así mismo distintos procedimientos como laparoscopia para tratamiento de cáncer de cuello uterino.

En respuesta al incremento de casos de cáncer de cuello uterino y la mortalidad atribuible a esta enfermedad, en Colombia se han llevado recientes desarrollos como lo son, la **Ley 1384 de 2010**⁴³ más conocida como “la Ley Sandra Ceballos” donde se establecieron acciones para la atención integral del cáncer. En esta ley se determinan las acciones que deben desarrollar los distintos actores del sistema para disminuir la incidencia, morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

En el marco del **Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021**¹ se puede resaltar que tanto el Ministerio de Salud y Protección Social “MSPS” como el Instituto Nacional de Cancerología “INC”, como desarrolladores de este documento guía para los próximos años, pretenden a través de las líneas estrategias, metas y acciones, posicionar el cáncer como un problema de salud pública que requiere la intervención del estado y de diferentes sectores.

Este **Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021** en la segunda línea estratégica denominada “Detección temprana de la enfermedad”, describe las actividades para reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico que permitan una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer.

Según la Guía de Práctica Clínica n°3 del Instituto Nacional de Salud⁵², la usuaria debe recibir el resultado de citología cérvico uterina a los 8 días de habersele tomado la muestra. Si el resultado de citología es positivo, la usuaria deberá ser valorada por médico general con el fin de ser remitida al especialista, posteriormente la mujer debe asistir a consulta ginecológica, luego realizarse la colposcopia/biopsia, recibir posteriormente el diagnóstico de su biopsia e iniciar el tratamiento de acuerdo a la anormalidad confirmada. Todo lo anterior debe suceder en un tiempo no mayor a tres meses, independientemente del tipo de aseguramiento que tenga la mujer.

Colombia ha reportado un descenso progresivo en las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cuello uterino durante los últimos 40 años⁴⁴, pasando de 14 muertes por cada 100.000 mujeres en el año 1987, 11,4 en el año 1998 y 6,9 para el año 2011. Según el CONPES Social n°140 de 2011⁴⁵, Colombia ajustó la meta

establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio “ODM” y en lo que respecta al cáncer de cuello uterino esperaba reducir la tasa de mortalidad a 6,8 muertes por cada 100.000 mujeres para el año 2.015.

Las cifras muestran un descenso significativo en la mortalidad de mujeres de todas las edades y aumentó la proporción de casos in situ detectados oportunamente (63,31% en 2012)⁴⁴. Y aunque esta cifra denota el cumplimiento de las metas, es importante no solamente seguir dando soporte a las acciones actualmente tomadas, sino activamente tomar acciones para mejorar no solo el acceso, sino el uso y el seguimiento de las mujeres con anormalidades de citología, y mejorar de una manera drástica la calidad de la citología a manera de seguir impactando significativamente en la incidencia y mortalidad.

Desde la realidad colombiana y los determinantes sociales que impiden la consecución de los objetivos de salud, otros inconvenientes para la detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino fueron identificados durante la ejecución del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010. Estos aspectos fueron evaluados para el diseño del nuevo Plan Decenal y se relacionan a continuación⁹:

- » Falta relación entre cobertura de citología cérvico uterina con la mortalidad (76,6% de cobertura nacional), específicamente por dificultades en los componentes de calidad, seguimiento, acceso a diagnóstico definitivo y tratamiento de lesiones precancerosas.
- » El deficiente control de calidad en la toma y lectura de la citología cérvico uterina.
- » El 27% de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado, reportadas en citología, no tuvieron diagnóstico definitivo a los seis meses.
- » El 85% de los servicios oncológicos en Colombia se encuentran en el sector privado y se dedican solamente a una modalidad terapéutica (falta de atención integral).

La resolución 412 de 2000 también plantea la creación de unidades de tamizaje encargadas no solo de la toma de la citología, sino de garantizar que se haga seguimiento a los informes de los resultados donde se han detectado anormalidades y también contempla que se debe remitir a un nivel superior de atención a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo (unidades de colposcopia y patología cérvico uterina de II nivel).

Para el diagnóstico definitivo establece la realización de una evaluación histológica de las lesiones preneoplásicas o neoplásicas, la colposcopia y biopsia dirigida, ya que la citología no es considerada como un método diagnóstico para esta enfermedad. Una vez realizado el diagnóstico definitivo, la mujer debe ser informada de forma amplia y adecuadamente, asegurando la comprensión de su situación y solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. Ante el diagnóstico de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes es

importante garantizar el acceso a los servicios de salud de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, y donde la paciente además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de recursos tales como radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer del cuello uterino³⁸.

El proceso de atención a personas con lesiones preneoplásicas o con cáncer tienen una serie de condiciones y requerimientos, en las que cabe resaltar, la oportunidad en la confirmación del diagnóstico y el inicio de los tratamientos. El pilar de la condición de prestación del servicio está dado por las características de la tasa de crecimiento de las células tumorales y por la enorme carga emocional que implica tener una lesión precancerosa o cancerosa¹.

Es posible entonces, que a pesar de que existe y se aplica sistemáticamente tamizaje a la población en riesgo, esta iniciativa también debe venir acompañada de un contexto social y unas condiciones institucionales que impacten en la reducción de la morbimortalidad asociada al cáncer de cuello uterino.

En la implementación de la normatividad vigente para la atención de usuarias con anormalidad en la citología se encuentran situaciones que conducen a la fragmentación en la prestación del servicio, en detrimento de las usuarias, tal es el caso del acuerdo 229 de 2002 del Ministerio de Salud, el cual definió que del 4,01% de los recursos destinados a las acciones de promoción y prevención se deben destinar para financiamiento de las citologías cérvico uterinas⁴⁶, posteriormente la colposcopia y la biopsia se incluyeron dentro del POS subsidiado en el año 2004, pero la consulta ginecológica previa a la colposcopia⁴⁷ quedo excluida de esta reglamentación.

En el Artículo 43 de la Ley 715 de 2001. Se describen las competencias de los departamentos en salud. En el numeral 43.2.1. Determina que le corresponde a la Entidad Territorial del orden Departamental, gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. Así como también en el ítem 43.2.2. le otorga a estas entidades la función de financiar con los recursos propios o con los recursos por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre y lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Pasando a otro tema y respecto a la población de este estudio, en Colombia la **Población pobre no asegurada (PPNA)** se encuentra definida por el Decreto 0196 de 2013⁴⁸ como aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios "Sisben", y las poblaciones especiales registradas en

los listados censales que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado.

Según el artículo 20 de la Ley 1122 de 2007⁴⁹ la prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada está a cargo de las Entidades territoriales que pueden contratar la prestación de los servicios de salud que requiera esta población con Empresas Sociales del Estado “ESE” debidamente habilitadas, para la atención de la población pobre no asegurada. Según esto y para efectos de este estudio, le corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, garantizar el acceso de las Mujeres Pobres no Aseguradas a las pruebas diagnósticas y el tratamiento de aquellas anomalías detectadas inicialmente en la prueba de tamizaje.

Según lo anterior le corresponde a la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca gestionar y financiar la prestación del servicio de Colposcopia-Biopsia a las mujeres pobres no aseguradas que requieran este servicio para confirmar los hallazgos de la citología cérvico uterina.

2.5 MARCO CONTEXTUAL

A pesar que el tema del cáncer tiene tanta trascendencia e impacto, hasta ahora el cáncer se empieza a visualizar como una problemática a nivel general y sectorial, en los que concierne a planes específicos para su control⁹.

El cáncer de cuello uterino, presenta también variaciones en términos geográficos. Si se compara con otros países, Colombia tiene elevadas tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino, y el riesgo es mayor para las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riberas de los grandes ríos⁵⁰.

En países desarrollados se ha logrado reducir la mortalidad hasta en un 80% gracias a la acción de programas de detección temprana del cáncer de cuello uterino bien estructurados que incluyen el uso de la citología unido a estrategias que incluyen la educación de la población, la implementación de sistemas de información, la búsqueda activa de las mujeres, la entrega oportuna de los resultados y la garantía de un diagnóstico definitivo, mediante colposcopia-biopsia y del tratamiento¹⁷.

Entre los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino⁵¹ se tiene los anticonceptivos orales, número de compañeros sexuales, edad del primer coito, enfermedades de transmisión sexual, factores relacionados con la reproducción, edad del primer parto, partos vaginales, tabaquismo, raza: las mujeres de raza negra tienen índices de mortalidad más altos que las mujeres de raza blanca, infección por el virus del papiloma humano (VPH) y las dietas deficientes de frutas y vegetales.

Según esto, el objetivo de un programa para la detección oportuna de cáncer del

cuello de uterino es reducir la mortalidad por esta causa; su estrategia básica consiste en poner al alcance de la población femenina una prueba de tamizaje para identificar a las mujeres que podrían tener cáncer. Ello implica que una mujer con una prueba de Papanicolaou anormal debe ser sometida a procedimientos diagnósticos adicionales para descartar o confirmar la presencia de un tumor maligno o de una lesión de alto grado; una vez que se determina el tipo de tratamiento necesario, es importante que esté disponible y al alcance de la mujer.

Para el Instituto Nacional de Cancerología “INC”⁵², la situación ideal dentro de un programa de prevención es tener una alta incidencia de cánceres in situ y una baja o nula incidencia de cánceres invasores. Según datos de incidencia reportados por el Registro Poblacional de Cáncer de Cali “RPCC” durante las décadas de los setenta y de los noventa en el área urbana de Cali, tanto los cánceres in situ como los cánceres invasores de cuello uterino mostraron una tendencia paralela. Por ello, es posible suponer que tal comportamiento sea el reflejo de problemas en la cobertura de la detección temprana y, por lo tanto de una baja detección de carcinomas in situ que luego se expresa en tasas de mortalidad que no disminuyen.

De esta manera, los programas de tamizaje están orientados a reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino y reducir la mortalidad. El éxito de los programas de detección temprana tiene como parte de sus pilares, el reconocimiento de las mujeres a riesgo de desarrollar la enfermedad y lograr que la mujer asista a la investigación completa de la citología anormal⁵³. Así, el establecimiento de la anormalidad citológica es punto clave en la detección temprana, ya que según este punto de corte, se someterá o no a las usuarias a estudios adicionales como la colposcopia/biopsia para determinar el diagnóstico de las lesiones del cuello uterino.

En la literatura también se reporta que los cambios citológicos anormales encontrados a través de la prueba de tamizaje, deben ser confirmados por otros medios más específicos como lo son la colposcopia y la biopsia cervical⁵³. Siendo así, la colposcopia como prueba diagnóstica, eleva la cifra de confirmación de las infecciones por el VPH, y en relación con la citología, permite descartar, confirmar y encontrar estigmas del VPH no detectadas en la citología cérvico uterina. Además la Colposcopia/biopsia confirma lesiones en las células escamosas epiteliales y demás lesiones cervicales.⁵⁴.

A nivel nacional y en respuesta a las bajas coberturas de la citología y la alta mortalidad de las mujeres asociadas a este tipo de cáncer, en el año 1.990 se creó el Programa Nacional para el Control y Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino, como programa coordinado a nivel nacional por el Instituto Nacional de Cancerología y cuyos objetivos eran incrementar la práctica de la citología, lograr la permanencia de las mujeres en el programa y mejorar la oportunidad del diagnóstico definitivo y el tratamiento. Si bien es cierto este programa fue creado

con esta intencionalidad, tras la reforma del sector salud del año 1.993, este programa perdió su carácter vertical y se transformó en un conjunto de actividades reglamentadas, pero desarrolladas por múltiples actores sin una unidad de coordinación⁵⁵.

En el Valle del Cauca, el cáncer de cuello uterino corresponde a la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 49 años, antecedido por las agresiones con disparos de armas de fuego y el cáncer de mama respectivamente. En el periodo comprendido entre el año 2.000 al 2.008 el comportamiento de las tasas de mortalidad por esta enfermedad se mantuvo alrededor de 20 muertes por 100.000 mujeres, y un promedio de 200 muertes por año. Para el año 2.009 se observó una tasa de 12,2 muertes por 100.000 y 181 muertes¹⁷.

En Santiago de Cali desde el año 1.962 se implementó el programa de Prevención y Detección de Cáncer. Las mujeres acudían para la toma de citología vaginal al Centro de Salud Diego Lalinde Zawadsky. Este servicio fue liderado por la médica-patóloga Nubia Aristizabal y simultáneamente se creó el Registro Poblacional de Cáncer de Cali "RPCC", donde se empezaron a generar datos de la incidencia de las neoplasias para el municipio⁵⁶.

Según lo anterior, Cali ha sido pionera en el desarrollo de intervenciones en salud que buscan reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino y sobretodo el cumplimiento de las metas de programación de actividades⁵⁷. Adicionalmente el municipio cuenta con un Laboratorio de Referencia para la lectura de las citologías que ofrece datos de ciudad donde se puede analizar la problemática más a profundidad.

Esta concentración de datos, facilita el análisis de la estructura de los servicios disponibles en la ciudad para la detección precoz de cáncer de cuello uterino, que incluye los recursos físicos y humanos para la toma y lectura de citologías, la biopsia, la colposcopia y el tratamiento de lesiones cervicales preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino. Esta concentración de datos aun sin explorar también es propicio para el análisis del proceso como tal, en el que se puede explorar aspectos como la calidad y oportunidad en la atención, así como la evaluación técnica y administrativa del programa, los sistemas de monitoreo y el seguimiento de las mujeres con anormalidad citológica que son necesarios para que un programa de tamización logre el impacto esperado.

3. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar el acceso al diagnóstico de lesiones cervicales en mujeres Pobres No Aseguradas con reporte de anormalidad en la citología cérvico uterina atendidas en la Red Pública de Cali, 2013.

ESPECIFICOS

- Determinar las características socio-patológicas en la población bajo estudio.
- Establecer la concordancia entre citología cérvico uterina y el resultado de la biopsia en la población bajo observación.
- Determinar la oportunidad para el acceso a la colposcopia-biopsia de la población bajo observación.

4. METODO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional descriptivo donde se identificó una cohorte de mujeres y se siguió hasta el presente, con el fin de conocer el acceso que tuvieron al diagnóstico de las lesiones inicialmente reportadas en la citología cérvico uterina.

4.2 Área de estudio

El estudio se desarrolló con datos provenientes de las Citologías Cérvico Uterinas tomadas en la Red Pública del Municipio de Santiago de Cali que está conformada por 5 E.S.E del orden Municipal, entre las cuales suman 99 centros y puestos de salud que hacen presencia en la zona urbana y rural de Cali y 5 Hospitales de I Nivel de atención adscritos a cada una de las Redes de Salud localizadas geográficamente en el Norte, Centro, Ladera, Oriente y Suroriente de la ciudad.

Cada punto de atención de la Red Pública según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tiene habilitado el servicio de Toma muestras de Citologías Cérvico Uterinas, y el municipio cuenta con el Laboratorio de Referencia de citologías centralizado y administrado bajo comodato por la Red de Salud Centro E.S.E

4.3 Población muestra

Para el año 2.013 se practicaron en la Red Pública del municipio de Santiago de Cali 80.274 citologías de cuello uterino, estas pruebas de tamizaje son leídas y reportadas por el Laboratorio de Referencia ubicado en la Red de Salud E.S.E Centro, posteriormente los reportes son distribuidos a las IPS donde las muestras fueron tomadas, para hacer entrega de los resultados a las mujeres que accedieron al tamizaje.

De estas 80.274 citologías cérvico uterinas se encontraron hallazgos de anormalidad en el 3.1% de estas, correspondientes a 2.498 mujeres. Según base de datos del Laboratorio de Referencia de Citologías, se tiene que el 5.6% (141) de las mujeres reportadas con anormalidad en la citología cérvico uterina entre el 01 de enero a 31 de Diciembre de 2013 en el momento del tamizaje no se encontraban afiliadas a ninguna EPS.

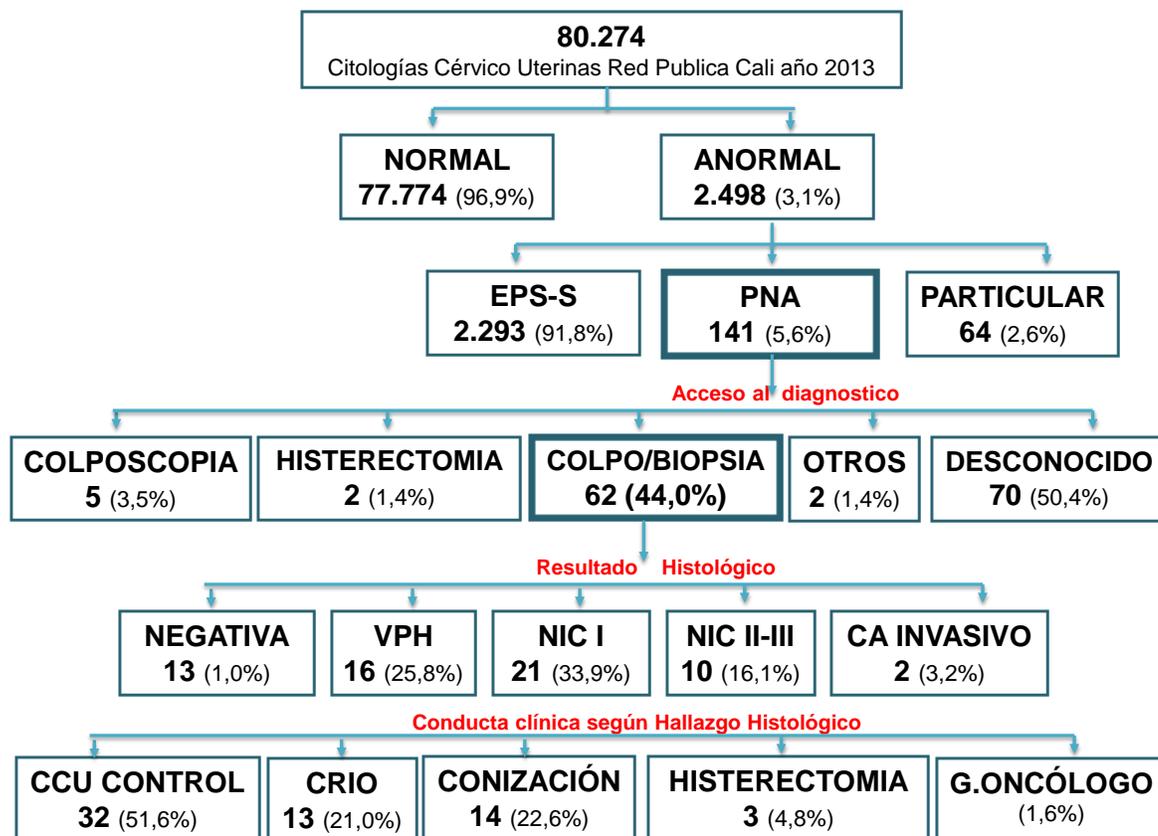


Ilustración 2. Población y muestra del estudio

De estas 141 mujeres Pobres No Aseguradas (PNA) reportadas con anormalidad en la citología cérvico uterina en el año 2013, se encuentra que el 35% pertenecen a la ESE Oriente, el 28% son de la ESE Norte, el 21% a la ESE Ladera, el 13% corresponden a la ESE Centro y finalmente el 3% de estas citologías anormales corresponden a mujeres tamizadas en la ESE Suroriente de Cali.

De las 141 mujeres PNA reportadas con anormalidad en la citología cérvico uterina durante el año 2013 en Santiago de Cali, se tiene que 44 (31%) mujeres presentaban hallazgos de ASC-US, 1 (0,7%) reportaba ASC-H, 65 (46%) reportaban LEI-BG, 17 (12%) reportaban LEI-BG mas VPH, 9 (6%) fueron reportadas como LEI-AG, 2 (1,4%) reportaban AGUS, 2 (1,4%) reportaban Carcinoma In situ y 1 reportaba (0,7%) Carcinoma Escamocelular Invasivo.

4.4 Procedimiento

A partir de la base de datos con información de las 141 mujeres, se realizó la comprobación estado de aseguramiento, para esto se solicitó a la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali "SSPM" en junio de 2014 que certificaran el estado de afiliación al SGSSS encontrando que para el momento en el que se realizaron la citología 15 (10,6%) mujeres contaban con afiliación a

alguna EPS subsidiada o contributiva de la ciudad y este error en la clasificación se pudo generar en el momento de validar los derechos de las mujeres que solicitaban la prueba de tamizaje en las diferentes E.S.E.

Con la información aportada por el área de aseguramiento de la SSPM, también se pudo establecer que 6 (4,3%) de las 141 mujeres al momento de toma de la Citología estaban afiliadas a EPS en otros municipios.

Siendo así, al momento de toma de la citología 21 (14,9%) de las 141 mujeres reportadas como pobres no aseguradas gozaban de aseguramiento. Las 120 (85,1%) mujeres restantes sí podrían ser consideradas pobres no aseguradas al momento de acceder a la prueba de tamizaje.

Esta comprobación del estado de aseguramiento de las mujeres también mostró que, 29 (20,6%) mujeres estaban desafiadas o retiradas de alguna EPS al momento de solicitar la citología cérvico Uterino y que 13 (9,2%) de estas mujeres nunca había tenido afiliación a alguna EPS. También se pudo establecer que 78 mujeres (55,3%) se afiliaron posteriormente a alguna EPS Subsidiada o Contributiva de la ciudad.

A pesar de estos hallazgos, para efectos del estudio no se excluyeron las mujeres que fueron mal reportadas por las Empresas Sociales del Estado, ya que esta falla fue el primer hallazgo que arrojó el estudio y no estaba considerado este aspecto en los criterios de exclusión. A este grupo de 141 mujeres inicialmente reportadas como personas sin aseguramiento, se les realizó seguimiento en el tiempo y se pudo evidenciar que existen fallas desde la captura inicial de los datos de la mujer que se traduce en errores en la validación de derechos.

Luego de conocer el estado de aseguramiento de las mujeres del estudio, se contactó a la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca quienes informaron los Prestadores de Servicios de Salud con los que se tiene contrato para la atención de la población Pobre No Asegurada para la realización de las pruebas diagnósticas (colposcopia/biopsia) y el tratamiento respectivo para los hallazgos histológicos evidenciados.

Paso seguido se contactó a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud "IPS" contratados por el Ente Territorial o por las EPS-S que tienen afiliadas a estas usuarias, y se les solicitó formalmente el acceso a los registros clínicos de atención y seguimiento de las pacientes. Estas solicitudes se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Relación de prestadores consultados y el resultado de la búsqueda en sus registros.

Institución a la que se solicitó formalmente datos de atención de la población	Fecha Radicación Solicitud	Fecha Respuesta Oficial	Días para respuesta	Respuesta a la solicitud
SSPM - Aseguramiento	24/06/2014	29/07/2014	35	Certificaron Aseguramiento
Hospital Primitivo Iglesias Red de Salud Centro E.S.E	13/11/2014	05/02/2015	84	19 Mujeres Diagnosticadas
Hospital San Juan De Dios	13/11/2014	12/12/2014	29	37 Mujeres Diagnosticadas
Hospital Isaías Duarte Cancino	13/11/2014	22/05/2015	190	No entregaron la información
Red de Salud Suroriente E.S.E	26/11/2014	01/12/2014	5	Actualización datos 3 mujeres
Red de Salud Oriente E.S.E	26/11/2014	30/05/2015	185	Actualización datos 36 mujeres
Red de Salud Norte E.S.E	27/11/2014	01/04/2015	125	Actualización datos 22 mujeres
Red de Salud Ladera E.S.E	28/11/2014	30/05/2015	183	No permitieron la actualización datos
Hospital Universitario del Valle E.S.E	09/03/2015	07/04/2015	29	Restringieron acceso
Unicancer	26/03/2015	11/05/2015	46	0 Encontradas
Funcancer	27/03/2015	12/05/2015	46	0 Encontradas
Profamilia	01/04/2015	25/05/2015	54	4 Mujeres Diagnosticadas
Hemato Oncólogos S.A	06/05/2015	08/05/2015	2	2 Mujeres Diagnosticadas

De esta manera se solicitó a través de oficios formales la información de las mujeres del estudio a las Empresas Sociales del Estado y a 4 IPS privadas de Cali. El tiempo promedio que tomaron estas instituciones para la entrega de la información solicitada fue de 75 días.

En este proceso, un Hospital de II nivel y otro de III nivel de atención, no permitieron el acceso a la información solicitada a pesar de las comunicaciones oficiales enviadas a los funcionarios encargados del proceso en cada institución.

El trabajo de campo se realizó entre marzo de 2014 a Mayo de 2015 en los que la investigadora realizó la recopilación, sistematización y análisis de la información de diversas fuentes secundarias disponibles.

En la etapa inicial del estudio, se pudo recolectar información actualizada de las mujeres, información sociodemográfica, y datos clínicos que permitieron establecer los tiempos que tardaron las mujeres atendidas en los hospitales e IPS privadas para acceder a Colposcopia/Biopsia y la concordancia entre el reporte de la prueba de tamizaje y el resultado histológico de la Biopsia.

Con la base de datos suministrada por el Laboratorio de Referencia de Citologías Cérvico Uterinas del Municipio y la actualización de datos de contacto de las pacientes suministradas por las 5 E.S.E, se logró contactar telefónicamente 72 (51,1%) mujeres a las que la investigadora les consulto si desean participar del estudio, se les informó que su participación consistía en responder una entrevista semiestructurada en la que se les indagaría a cerca de las barreras para el acceso al diagnóstico y al tratamiento de acuerdo a la anormalidad que fue reportada en el tamizaje. Igualmente se les informaba que la entrevista duraba aproximadamente una hora y que se concertaría con ellas una fecha y hora para la visita domiciliaria.

En esta etapa de búsqueda de las mujeres, se encontró que 69 (48,9%) mujeres no pudieron ser contactadas telefónicamente y esto puede deberse a que la mayoría de las mujeres de este estudio cambian constantemente sus datos de contacto. Los datos que estas mujeres cambiaron a través del tiempo se relacionan en la siguiente tabla:

Tabla 2. Novedades datos de contacto de las mujeres

Novedades datos de contacto	Cantidad	%
No han cambiado datos de contacto	60	42,6%
Cambiaron de lugar de residencia	56	39,7%
Cambiaron de teléfono fijo	22	15,6%
Cambiaron de numero celular	50	35,5%
No tienen números de contacto	2	1,4%
Total Mujeres que cambiaron algún dato de contacto	81	57,4%

A lo largo del estudio y durante el trabajo de campo que duró 14 meses, se encontró que 2 (1,4%) de ellas no reportaron números de contacto en la citología ni las E.S.E tenían datos actualizados de ellas y por ende nunca pudieron ser contactadas. 21 (14,9%) de ellas reportaron números de teléfono fijo en los que no las conocen y 46 (32,6%) no contestaron el número celular o fijo a pesar que las llamadas se realizaban en distintos momentos, no solo en los horarios laborales, sino que se intentó establecer comunicación con las mujeres en horas de la noche y días festivos.

En la siguiente etapa del estudio, se solicitó el acceso a la información clínica de las pacientes que fueron direccionadas a las diferentes IPS públicas y privadas del Municipio de Santiago de Cali y se encontraron reportes clínicos de Colposcopia,

resultado de Biopsia de cérvix, y demás registros de atención de 70 mujeres que lograron acceder al diagnóstico y tratamiento de sus lesiones entre los años 2013, 2014 y primer trimestre del año 2015.

De la base de datos inicial de 141 mujeres se excluyeron mujeres que no cumplían los criterios de inclusión y que se describen a continuación:

- 1- Mujer estaba reportada en la base de datos con anormalidad pero la copia de la citología que le entregan en físico a la paciente estaba reportada como Negativa para la lesión, por esta razón no se incluyó en el estudio. Aunque los controles citológicos posteriores de esta mujer continuaron arrojando ausencia de malignidad.
- 2- Mujeres habían sido diagnosticadas y tratada en los 3 meses anteriores a la citología que resultó con anormalidad en el año 2013 y por esto no se incluyó su resultado de biopsia en los datos del estudio.
- 5- Mujeres fueron direccionadas a los servicios de diagnóstico y al ser atendidas por ginecólogos, estos decidieron no tomar biopsia y por esto no fueron consideradas en la información que se presenta a continuación como resultados del diagnóstico ya que no cuentan con hallazgos histológicos de la lesión.
- 3- Mujeres posterior a la citología anormal del año 2013 consultaron a través del servicio de urgencias de un hospital de II nivel de atención, donde decidieron darles manejo quirúrgico a través de Histerectomía y por esto tampoco fueron consideradas en la información que se presenta a continuación, pues el reporte quirúrgico describe condiciones benignas tipo miomatosis que ameritaron es abordaje clínico.

Siendo así y para efecto de los resultados que se presentan a continuación, se consideró que 62 mujeres que corresponden al 44% del grupo inicial de mujeres cumplen con los criterios ya que accedieron a la Colposcopia/Biopsia y se dispone el resultado de la patología y demás datos de tratamiento de acuerdo a las lesiones diagnosticadas.

4.5 Plan de análisis

La información de las bases de datos e información que reposaba en físico en las IPS donde fueron direccionadas las mujeres, fue revisada y clasificada por la investigadora. Fue necesaria la recopilación de datos en otras fuentes como los registros de clínicos de atención, los resultados histológicos de las biopsias y resultados de las citologías posteriores.

Una vez recolectada la información que cumplía con los objetivos específicos y general de esta investigación, estos datos fueron transcritos por la investigadora a una base de datos en Excel considerando como variables: fechas de cada contacto de la mujer con el sistema de salud en torno a este tema y los resultados

de cada uno de los procedimientos y tratamiento que recibió la mujer con corte al 15 de Mayo de 2015.

A las 62 mujeres de las que se disponían datos de acceso a colposcopia/Biopsia se le analizaron las impresiones diagnósticas de la colposcopia, así como el resultado histológico de las biopsias de cérvix, la definición de la conducta clínica y demás atenciones clínicas realizadas a la paciente con ocasión del diagnóstico y tratamiento de la lesión inicialmente informada en la citología. Por lo anterior y como ya se había mencionado, se excluyeron entonces 7 pacientes que no tenían estudio histopatológico y 2 que no cumplían los criterios de inclusión.

Con la información recolectada se pudo identificar a las mujeres que no registraban información acerca de la realización de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en las IPS Públicas y Privadas de la ciudad. Esta información en sí, no permite inferir que las 71 mujeres sin reporte de Colposcopia/biopsia hayan abandonado el proceso de atención o nunca hayan podido acceder al diagnóstico, ya que pueden haber sido atendidas en otras ciudades o en IPS particulares pequeñas de Cali. Por esto, una vez se iba recopilando la información de diagnóstico de las mujeres se iban contactando telefónicamente para validar la información suministrada por los hospitales e IPS privadas.

A los datos clínicos recolectados se les realizó un análisis univariado donde se tuvieron en cuenta medidas de frecuencia relativas y absolutas para las variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se realizaron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas de cada una de las variables.

En el análisis bivariado y con el fin de establecer la comparación entre los tiempos para el acceso a las pruebas diagnósticas de las mujeres participantes en el estudio, se calcularon razones de prevalencia con un intervalo de confianza del 95%, así mismo se realizaron pruebas de Chi cuadrado para comparar variables categóricas y cuantitativas con un nivel de significancia del 5%.

Simultáneamente la investigadora establecía contacto con las mujeres que tenían los números de teléfono vigentes, les informaba el objetivo de la investigación y cuál sería su participación, adicionalmente se completaba la información sociodemográfica que no se tenía visible en las historias clínicas. A las mujeres que al momento del contacto telefónico no habían completado su etapa diagnóstica o tratamiento, la investigadora las enrutaba a los servicios para que terminaran su manejo clínico en los hospitales dispuestos para la atención de población pobre no asegurada o en los hospitales que tenían convenios vigentes con las EPS-S a las que se habían podido afiliar y se realizaban llamadas posteriores de seguimiento para conocer si efectivamente habían accedido a los servicios.

En la siguiente etapa del estudio, se entrevistaron a 30 (21,3%) mujeres en el domicilio. Para esto la investigadora concertó telefónicamente con la paciente una hora en la que se pudiera realizar la entrevista considerando que la entrevista duraba aproximadamente una hora. A las mujeres se les solicitaba que tuvieran disponibles los resultados de la citología, la biopsia y demás anexos de la historia clínica para facilitar la comprobación de los datos clínicos obtenidos de los hospitales donde fueron atendidas.

A las 30 mujeres visitadas en el domicilio, la investigadora inició el encuentro con la lectura y firma de consentimiento informado, una vez las mujeres habían entendido el propósito de la entrevista y accedían a ser grabadas, se procedía a indagar a la mujer siguiendo la guía orientadora de la entrevista que fue construida con una profesional en el área de sociología.

A las 30 mujeres entrevistadas se le indagaba acerca de los motivos por los cuales consultó a los servicios de salud, la experiencia frente a citología, su imaginario y temores frente al resultado de la citología, así mismo preguntas que permitieran conocer como fue la experiencia de la mujer con el personal de salud, los tramites que debió realizar, las orientaciones que recibió y las barreras que percibió durante su tránsito por los servicios de salud y demás instancias involucrados para lograr la confirmación diagnóstica a través de biopsia y su posterior tratamiento de acuerdo a los hallazgos clínicos.

Se obtuvieron 656 minutos de grabación en las 30 entrevistas realizadas a las mujeres las cuales fueron transcritas e ingresadas al programa Atlas ti, donde se identificaron 30 variables que exploraban categorías frente a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto con los servicios de salud descritos en el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi. que se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 3. Variables exploradas durante las entrevistas de acuerdo a Modelo Tanahashi

CATEGORÍA	Cantidad de referencianciones
CONTACTO	
Percepción de la atención como de mala calidad	47
Falta de conciencia de la enfermedad	19
Efectos secundarios de los medicamentos o procedimientos	10
Sensación al culminar el tratamiento y controles médicos	52
Percepción de trato con el personal de salud	60
Cuestionamientos por el origen de la enfermedad	8
Trato por parte de la pareja durante este proceso	18
Acompañamiento de familia o personas cercanas	36

ACEPTABILIDAD	
Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud	3
Incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud	6
Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito	19
Creencias y mitos	84
Imaginario sobre los procedimientos diagnósticos recomendados	22
Estigma social por el resultado	6
Diferencias entre la concepción de la práctica médica y tratamiento prescrito	6
Barreras u obstáculos percibidos	113
Seguimiento por parte del equipo de salud	25
ACCESIBILIDAD	
Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes	37
Horarios de atención	2
Distancia entre residencia y lugar de atención	2
Escasez y dificultad para el transporte	4
Listas de espera y tiempos para la atención	30
Tiempos de espera para la atención	19
Oportunidad para la asignación de citas	26
Costos del traslado al centro de atención	9
Factores que favorecieron el acceso a la confirmación diagnóstica	91
Direccionamiento oportuno a los prestadores de servicios de salud para completar etapa diagnóstica	120
DISPONIBILIDAD	
Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención	9
Escasez de información	47
Falta de formación y capacitación del equipo de salud	4

Las entrevistas finalizaban con la revisión de la historia clínica, los reportes de patología, los resultados de las citologías de control y la comprobación de los datos clínicos y demográficos reportados por las E.S.E y las IPS que atendieron las mujeres, finalmente la investigadora resolvía las dudas que las mujeres pudieran tener en el momento acerca del diagnóstico y tratamiento recibido y la investigadora finalmente las orientaba o enrutaba si era el caso para que continuaran con el diagnóstico o culminaran su seguimientos citológicos.

Durante las visitas domiciliarias la investigadora, encontró que algunas mujeres tenían pendiente algún aspecto para culminar exitosamente su diagnóstico, tratamiento o seguimiento de sus lesiones. Al finalizar la entrevista, la investigadora direccionaba a las mujeres de acuerdo a la ruta de atención y el 90% de ellas cumplieron las recomendaciones dadas en torno a continuar los controles citológicos ordenados por los ginecólogos o para que reclamaran los

resultados de las biopsias o para que accedieran efectivamente al diagnóstico y/o al tratamiento que habían abandonado.

Entre las características que tienen las mujeres entrevistadas se encuentran:

- Mujeres no reclamaron el resultado de su citología que había salido con anormalidad.
- Mujeres que continúan sin aseguramiento en salud.
- Mujeres que al momento de la toma de la citología (año 2013) fueron reportadas como Pobres No Aseguradas pero que se logró comprobar que fue un error al momento de facturación de la citología pues ya contaban con afiliación a alguna EPS-S.
- Mujeres que nunca lograron acceder a la prueba diagnóstica en alguna IPS pública a las que fueron direccionadas por la EPS-S a la que fueron afiliadas.
- Mujeres que al momento de la toma de la citología (año 2013) no tenían afiliación a alguna y que luego del resultado fueron afiliadas a alguna EPS-C en carácter de beneficiaria o cotizante.
- Mujeres que lograron acceder a la prueba diagnóstica en IPS privadas a las que fueron direccionadas por parte de su EPS-C.
- Mujeres que lograron acceder a la Colposcopia/Biopsia pero que no reclamaron el resultado de la patología y por ende no se les definió conducta.
- Mujeres que lograron acceder a la Colposcopia/Biopsia pero que no continuaron el tratamiento prescrito por el especialista.
- Mujeres que lograron acceder a la Colposcopia/Biopsia y que por la persistencia de la anormalidad debieron realizar, conización cervical, histerectomía y otros abordajes quirúrgicos para el tratamiento de la enfermedad.

4.6 Consideraciones Éticas

Este estudio fue revisado por el Comité Institucional de Revisión en Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle según consta en el acta de aprobación 018-013 y fue clasificado como un estudio con Riesgo Mínimo en armonía con la Resolución 008430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud⁵⁸.

Los sujetos de estudio fueron las mujeres de Cali que durante el año 2013 tuvieron con reporte de anormalidad en la citología cérvico uterina y que para fueron reportadas por las ESE como población sin aseguramiento en salud. En tal sentido y acorde con la normatividad vigente, el estudio tomó como fuentes secundarias, los registros de toma de citología, y los resultados de las pruebas de tamizaje del Laboratorio de Referencia de citologías cérvico uterinas perteneciente a la Red de Salud Centro E.S.E de Santiago de Cali, así como los reportes de patología e historias clínicas de las mujeres del estudio que fueron suministradas por las diferentes ESE e IPS previo análisis de los Comités de Ética de estas instituciones.

Durante el estudio también se contactaron telefónicamente a las mujeres y a algunas les realizó una entrevista semiestructurada donde se les indagaba sobre su experiencia y trayectorias para obtener el diagnóstico y tratamiento de sus lesiones. A las mujeres se les explicó y se obtuvo consentimiento informado por escrito donde autorizaban el uso de la información para efectos de este estudio.

Se contemplaron como riesgos potenciales del estudio, primero la violación a la confidencialidad de la información, para lo cual se utilizaron códigos para proteger la identidad de las usuarias participantes del estudio. El segundo riesgo potencial del estudio estaba en encontrar mujeres que no hubiesen sido diagnosticadas y para esto la investigadora las enrutaba a los prestadores que podrían brindarles el servicio de acuerdo a los convenios que tienen las EPS-S y el Ente Territorial para la realización de la Colposcopia/Biopsia y tratamiento de las lesiones diagnosticadas.

5. RESULTADOS

El estudio parte del registro de 141 mujeres que se practicaron citología cérvico uterina en la red pública de Cali durante el año 2013. Estas mujeres fueron reportadas según la base de datos del Laboratorio de Referencia de Citologías Población Pobre No aseguradas al momento del tamizaje.

Lo primero que se hizo con esta población, fue comprobar su estado de aseguramiento a través del Registro Único de Afiliados “RUAF” del Sistema Integral de Información para la Protección Social “SISPRO”⁵⁹. Para esto, en el mes de Marzo de 2014 se consultó uno a uno los números de documento de identificación reportados en la base de datos del Laboratorio de Referencia de Citología. En dicha consulta manual se pudo establecer que 75 (53%) de las 141 mujeres continuaban sin aseguramiento.

Paso seguido en el mes de Junio de 2014 se solicitó formalmente al área de Aseguramiento de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali “SSPM” que certificaran el estado de afiliación al SGSS de las 141 mujeres del estudio.

Esta información sobre el estado de aseguramiento de las mujeres fue finalmente corroborada con la Base de Datos Única del Sistema de Seguridad Social disponible a través de la plataforma web del Fosyga⁶⁰ con corte al 31 de Mayo de 2015 y se pudo establecer que el grupo inicial de 141 mujeres actualmente se encuentra así respecto al SGSSS.

Tabla 4. Estado final de las mujeres frente aseguramiento en salud

Estado de aseguramiento corte a 31/Mayo/2015	Cantidad	%
Tenía EPS-S al momento de la citología y continúan afiliadas	13	9,2%
Tenía EPS-C al momento de la citología y continúan afiliadas	2	1,4%
Aseguradas en otros municipios a EPS-S	7	5,0%
Aseguradas en otros municipios a EPS-C	3	2,1%
Aseguradas en alguna EPS-S en Cali	50	35,5%
Aseguradas en alguna EPS-C en Cali	25	17,7%
Desafiliadas o retiradas de alguna EPS. PNA*	28	19,9%
Nunca se han afiliado a ninguna EPS. PNA*	13	9,2%
Total	141	

Según esta información 41 (29,1%) de las 141 mujeres del estudio continúan como PNA* y 100 (70,9%) Mujeres se encuentran actualmente aseguradas a alguna EPS subsidiada o contributiva

Por otra parte, la tabla que se muestra a continuación se relaciona la cantidad de afiliados que tienen y el promedio de días que tardaron esta mujeres en afiliarse a las EPS Subsidiadas o Contributivas en las que actualmente se encuentran aseguradas.

Tabla 5. Relación de EPS a las que se encuentran afiliadas según Fosyga

ASEGURAMIENTO FINAL MUJERES	Numero Afiliados	%	Promedio Días para afiliación	Desviación Estándar
Emssanar ESS	40	28,4%	176	±103,9
Coosalud	10	7,1%	186	±174,1
Cafesalud	6	4,3%	551	±86,3
AIC	3	2,1%	197	±197
Caprecom	3	2,1%	538	±538
Asmet Salud	2	1,4%	517	±33,2
EPS Convida	1	0,7%	353	-
Pijaos Salud EPSI	1	0,7%	246	-
S.O.S	10	7,1%	415	±181,3
<i>Comfenalco Valle</i>	7	5,0%	391	±229,4
<i>Coomeva</i>	5	3,5%	256	±1,5
<i>Nueva EPS</i>	4	2,8%	354	±354,4
<i>SaludCoop</i>	3	2,1%	403	±472,3
<i>Cruz Blanca</i>	2	1,4%	269	±0,7
<i>Salud Total</i>	1	0,7%	627	-
<i>Suramericana</i>	1	0,7%	52	-
<i>Sanitas EPS</i>	1	0,7%	10	-
Desafiliadas. PNA	29	20,6%	696	±76,7
Nunca afiliadas. PNA	13	9,2%	708	±75,4
Total	141		365	

Esta comprobación del estado de aseguramiento consultado en la Base de Datos del Fosyga con corte a 31 de mayo de 2015, permitió establecer que 66 (46,8%) de las mujeres se afiliaron a alguna EPS Subsidiada a los 345 días en promedio con una desviación estándar de ±163,9.

34 (14,9%) mujeres lograron ser afiliadas a alguna EPS Contributiva en calidad de beneficiarias o cotizantes, a los 309 días en promedio con una desviación estándar de ±190,4.

5.1 Características socio-patológicas.

A fin de conocer las características de las mujeres PNA de Cali que para el año 2013 fueron reportadas con anormalidad en la Citología Cérvico Uterina, se detalla a continuación la información del grupo inicial que corresponden a las 141 mujeres del estudio y se compara con el grupo de 62 mujeres de las que se logró recopilar información clínica de diagnóstico de las lesiones.

La distribución de las mujeres según la Empresa Social del Estado “E.S.E” a la que pertenecen y en la que realizaron la citología cérvico uterina en el año 2013 fue:

Tabla 6. Distribución de mujeres según edad ESE de procedencia

Red de Salud E.S.E	Grupo Inicial	%	Diagnosticadas	%
Oriente	50	35,5%	20	28,6%
Norte	39	27,7%	18	25,7%
Ladera	30	21,3%	16	22,9%
Centro	18	12,8%	5	7,1%
Suroriente	4	2,8%	3	4,3%
Total	141		62	

La edad promedio de las 141 mujeres inicialmente reportadas como PNA en el año 2013, fue de 29 ± 11.3 años oscilando entre los 13 a 61 años de edad. La mitad de estas mujeres tenían más de 26 años de edad.

El grupo de 62 mujeres a las cuales se les pudo rastrear diagnóstico a través de Colposcopia/biopsia tienen en promedio 32.8 ± 11.7 años y sus edades oscilan entre los 16 a 61 años de edad y la mitad de estas mujeres tenían más de 30 años de edad.

Con relación a la distribución por grupos de etáreos el 48,2% que corresponde a 8 mujeres del grupo inicial tienen entre 16 y 25 años. Mientras que en el grupo de seguimiento estas categorías solo corresponden al 34% (21 mujeres).

Tabla 7. Distribución de mujeres según edad

Rango edad	Grupo Inicial	%	Diagnosticadas	%
11 a 15	2	1,4%	0	0%
16 a 20	35	24,8%	6	10%
21 a 25	33	23,4%	15	24%
26 a 30	19	13,5%	9	15%
31 a 35	21	14,9%	12	19%
36 a 40	6	4,3%	4	6%
41 a 45	7	5,0%	5	8%
46 a 50	8	5,7%	4	6%
51 a 55	5	3,5%	3	5%
56 a 60	4	2,8%	3	5%
> 61	1	0,7%	1	2%
Total	141		62	

Referente al resultado de la citología cérvico uterina objeto de este estudio tomada en el año 2013 de acuerdo a la clasificación del Sistema Bethesda 2001, se encuentra que dichas citologías fueron informadas de la siguiente manera por el Laboratorio de Referencia:

Tabla 8. Distribución de mujeres según resultado de la citología año 2013

Reportada como	Grupo Inicial	%	Diagnosticadas	%
ASC-US	44	31,2%	16	25,8%
ASC-H	1	0,7%	1	1,6%
LEI BG	65	46,1%	30	48,4%
LEI BG + VPH	17	12,1%	5	8,1%
AGUS	2	1,4%	2	3,2%
LEI AG	9	6,4%	5	8,1%
CA INSITU	2	1,4%	2	3,2%
CA INVASIVO	1	0,7%	1	1,6%
Total	141		62	

En lo que concierne a la localización de las viviendas de las mujeres al momento de toma de la citología se tiene el siguiente mapa georeferenciado a través de Google Maps, que permite visualizar la ubicación de las direcciones reportadas en la citología cérvico uterina. |

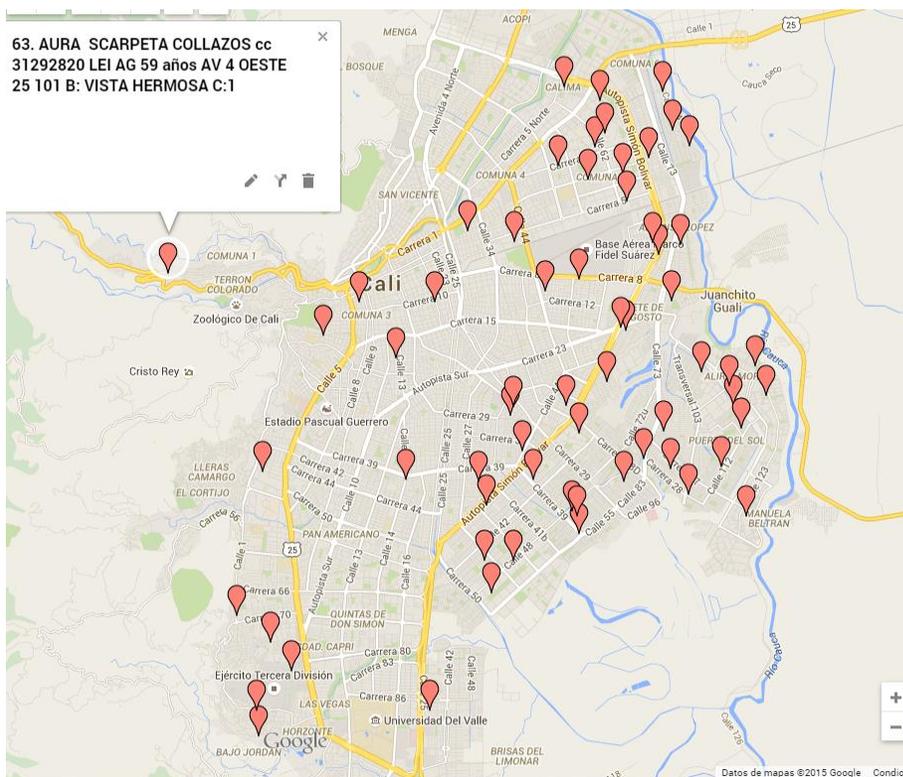


Ilustración 3. Mapeo de las viviendas

Después de la ubicación gráfica de las viviendas, se tiene la distribución del lugar de residencia reportado por las mujeres en la citología, según la comuna a la que pertenecen las direcciones reportadas.

Tabla 9. Distribución de la población por Comuna

COMUNA	Grupo Inicial	%	Diagnosticadas	%
1	2	1,4%	2	1,4%
2	1	0,7%	0	0,0%
3	5	3,5%	3	2,1%
4	5	3,5%	3	2,1%
5	9	6,4%	6	4,3%
6	10	7,1%	2	1,4%
7	11	7,8%	6	4,3%
8	7	5,0%	3	2,1%
9	5	3,5%	2	1,4%
10	2	1,4%	1	0,7%
11	5	3,5%	3	2,1%
12	3	2,1%	0	0,0%
13	13	9,2%	5	3,5%
14	10	7,1%	4	2,8%
15	18	12,8%	7	5,0%
16	4	2,8%	3	2,1%
17	3	2,1%	0	0,0%
18	10	7,1%	3	2,1%
19	3	2,1%	1	0,7%
20	3	2,1%	2	1,4%
21	8	5,7%	3	2,1%
Rural	4	2,8%	3	2,1%
Total	141		62	

Esta distribución por comunas evidencia que entre las mujeres diagnosticadas no se encuentran ubicadas en las comunas 2, 12 y 17 y también se puede apreciar que 3 de las 4 mujeres que viven en la zona rural pudieron acceder al diagnóstico según los datos obtenidos en la Colposcopia/biopsia encontradas.

Continuando con la caracterización de esta población, se tienen datos del máximo nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres en el que se evidencia que todas tienen al menos un grado de escolaridad. Aunque esta información puede variar ya que se desconoce el nivel educativo del 63,8% (90) de la población inicial.

Tabla 10. Distribución de mujeres según máximo nivel educativo alcanzado

Nivel Educativo	Grupo Inicial	%	Diagnosticadas	%
Primaria Incompleta	5	3,5%	4	6,5%
Primaria	23	48,9%	21	33,9%
Bachiller Incompleto	7	14,9%	5	8,1%
Bachiller	12	25,5%	11	17,7%
Técnico	3	6,4%	2	3,2%
Pregrado	1	2,1%	1	1,6%
Sin dato	90	63,8%	18	29,0%
Total	141		62	

Respecto a los antecedentes Gineco-Obstétricos de esta población, se tienen los siguientes datos:

Tabla 11. Antecedentes Gineco-Obstétricos de las mujeres

Antecedentes	Gestaciones	Partos	Cesáreas	Abortos
0	8	13	32	35
1 a 2	18	18	10	8
3 a 4	13	8	1	0
5 a 7	4	4	0	0

Los antecedentes obstétricos de este grupo de mujeres dan cuenta que el 8 (12,9%) mujeres eran nulíparas, 4 (6,5%) se encontraba cursando un embarazo al momento de toma de la citología y no se dispone datos de los antecedentes gineco-obstétricos de 15 (24,2%) de las 62 mujeres a las cuales se les rastreó el diagnóstico. Las cifras también permiten identificar que la mayoría de mujeres tienen entre 1 y 2 hijos nacidos por parto.

Tabla 12. Distribución de las mujeres según edad de menarca, sexarca y primer parto

Edad en años	Menarca	Sexarca	Primer parto
11 a 12	8	0	0
13 a 14	23	5	1
15 a 16	3	18	7
17 a 18	0	8	6
Mayor a 19	0	3	8
TOTAL	62	62	50

Aunque no se dispone esta información de 28 mujeres que corresponde al 45% de las mujeres diagnosticadas. Los datos obtenidos dan cuenta que la mayoría de estas mujeres iniciaron vida sexual a temprana edad. El 50% de ellas manifestaron haber tenido 1 a 2 compañeros sexuales, el 40% de 3 a 4 compañeros sexuales, y el 10% manifestaron haber tenido más de 5 parejas sexuales.

Respecto a los antecedentes de cáncer, 4 (6,5%) de las mujeres diagnosticadas referenciaron que en su familia se tenían los siguientes antecedentes:

- 1 mujer tuvo a la madre con antecedente de cáncer de cérvix
- 1 mujer tuvo a la tía con antecedente de cáncer de mama
- 1 mujer tuvo a la hermana con antecedente de cáncer de cérvix
- 1 mujer tuvo a la abuela con antecedente de cáncer de cérvix.

Respecto a la planificación familiar se encontró que el 38% de las mujeres estas mujeres utilizan algún método y 24% no planifican.

Tabla 13. Distribución de mujeres según método de planificación utilizado

METODO	Diagnosticadas	%
Ninguno	15	24,2%
Pomeroy	7	11,3%
Jadelle	7	11,3%
DIU	3	4,8%
Inyectables	7	11,3%
Sin dato	23	37,1%
Total	62	

Los resultados de las citologías cérvico uterinas tomadas anteriormente se encontró que, el 84% de las mujeres tenían la citología anterior reportada como negativa para malignidad y 5 de ellas habían presentado anormalidad pero no fueron diagnosticadas y tratadas en ese momento.

Tabla 14. Resultado de citologías tomadas con anterioridad al año 2013

Resultado de Citologías anteriores	Diagnosticadas	%
Primera vez	2	3,2%
Negativas	52	83,9%
Atrofia	1	1,6%
Inflamación	2	3,2%
ASC-US	1	1,6%
VPH	1	1,6%
LEI BG	3	4,8%
Total	62	

Así mismo a 57 mujeres nunca habían realizado procedimientos en el cuello del útero, a 2 le habían realizado criocauterizaciones, a 2 le habían tomado colposcopia/biopsia y una paciente tenía antecedente de conización cervical años atrás.

5.2 Concordancia entre la Citología Cérvico Uterina – La colposcopia y el resultado de Biopsia.

Al comparar el reporte de la citología cérvico uterina con resultado histológico de la patología, se tiene que el 7.05% de las veces los resultados de la citología y patología serán concordantes y se rechaza la hipótesis nula que aquel porcentaje es debido al azar ($p_valor=0.0058$), por tanto se considera una mala concordancia entre los métodos.

A continuación se detallan los datos del reporte de la citología y el reporte histológico de la biopsia tomada por colposcopia con los que se estableció el diagnóstico final de la paciente y a través de los cuales se midió la concordancia entre el tamizaje y la prueba diagnóstica reconociendo que ambas pruebas ofrecen una sensibilidad y especificidad diferentes.

Tabla 15. Distribución resultados Citología vs Biopsia

Resultado Citología	Negativo	Inflamación	VPH	NIC I	NIC I + VPH	NIC II-III	Total
ASC US	2	3	2	9	-	-	16
ASC H	-	-	-	-	1	-	1
LEI BG	-	5	4	17	1	3	30
LEI BG + VPH	1	-	1	2	1	-	5
AGUS	-	1	-	1	-	-	2
LEI AG	1	1	-	-	-	5	7
CA INVASIVO	-	1	-	-	-	-	1
Total	4	11	7	29	3	8	62

Este índice de Kappa pobre (Menor a 20%) denota una muy baja positividad de las citologías, que puede estar asociado a una mala calidad de la toma o lectura de las citologías.

Con el propósito de conocer la concordancia entre la impresión diagnóstica registrada por el ginecólogo en la historia clínica o en el reporte de colposcopia, se compara esta información con el reporte histológico de la biopsia de cérvix enviada al laboratorio, donde se encuentra una mala concordancia entre el resultado de la patología y el hallazgo Colposcópico dado que el índice de Kappa resulto ser del 16%. Es decir el 16% de las veces el resultado de la citología y la patología coincidirán en la clasificación, siendo esta coincidencia no debida al azar ($p_valor=0.0003$).

En la siguiente tabla se detallan los datos de la impresión diagnóstica y el reporte histológico de la biopsia tomada por colposcopia con los que se estableció la concordancia antes mencionada.

Tabla 16. Distribución Impresión Diagnóstica vs Biopsia

Resultado Citología	Desconocido	Negativo	VPH	LEI BG	LEI BG + VPH	LEI AG	CA INVAS	Total
ASC US	1	5	4	-	6	-	-	16
ASC H	-	-	-	-	-	1	-	1
LEI BG	-	4	11	2	8	5	-	30
LEI BG + VPH	-	3	1	-	1	-	-	5
AGUS	-	2	-	-	-	-	-	2
LEI AG	-	-	-	1	1	4	1	7
CA INVASIVO	-	-	-	-	-	-	1	1
Total	1	14	16	3	16	10	2	62

5.3 Oportunidad para el acceso a la colposcopia-biopsia

A continuación se presenta el número de observaciones en cada paso crítico dentro del proceso para el acceso a métodos diagnósticos de las mujeres con citología anormal desde la toma de la citología.

Tabla 17. Oportunidad para el acceso al diagnóstico

Oportunidad acceso al diagnóstico	n	Promedio	Desviación estándar	Confianza		Mediana
				Límite inferior	Límite superior	
Días transcurridos entre toma de la citología cérvico uterina y la salida del reporte desde el Laboratorio de Referencia de citologías	141	20	± 4	12	27	13
Días transcurridos entre toma de la citología cérvico uterina y la fecha en la que realizaron la colposcopia/Biopsia	62	146	± 19	109	183	89
Días transcurridos entre Colposcopia/Biopsia y la cita médica para la definición de conducta y entrega de resultados de patología	56	50	± 7	35	64	35

Según lo anterior las mujeres 56 de este estudio que lograron acceder a la colposcopia biopsia y se les definió conducta de acuerdo a los hallazgos clínicos, tardaron 199,7 días en promedio $\pm 150,5$ con una mediana de 136 y un rango que va de 35 a 612 días.

A fin de establecer si existían diferencias entre el acceso al diagnóstico que tienen las mujeres relacionadas con la ESE de procedencia se estableció la oportunidad en días entre toma de la citología cérvico uterina y la salida del reporte que se encuentra entre 12 y 27 días, y se encontraron diferencias estadísticamente significativas (test Kruskal Wallis $p=0.0359$). Confianza del 95%.

En promedio transcurren 146 días entre toma de la citología cérvico uterina y la fecha en la que realizaron la colposcopia/Biopsia y el 50% de las mujeres se les tardo menos de 89 días. No se presentan diferencias estadísticamente significativas (test Kruskal Wallis $p=0.48$) entre las ESE a las que pertenecen la usuarias.

La oportunidad entre Colposcopia/Biopsia y la cita médica para la definición de conducta y entrega de resultados de patología se encuentra entre los 35 y 64 días posteriores a la fecha del procedimiento y no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las ESE (test Kruskal Wallis $p=0.48$).

Después de los datos de oportunidad para el acceso al diagnóstico se tienen los datos de número de días transcurridos entre la cita en la que se definió la conducta clínica de la paciente y la oportunidad para que estas mujeres pudieran acceder al tratamiento de sus lesiones.

Tabla 18. Oportunidad para el acceso al tratamiento

OPORTUNIDAD PARA EL ACCESO AL TRATAMIENTO	n	Mínimo	Máximo	Promedio / Desviación estándar
Días transcurridos entre la entrega de la biopsia de cérvix hasta la conización cervical.	9	21	395	144 ± 137,9
Días transcurridos entre la entrega de la biopsia de cérvix hasta la criocauterización	10	4	175	66 ± 34,4
Días transcurridos entre la entrega de la biopsia de cérvix hasta la histerectomía	2	77	91	84 ± 9,9

Finalmente con el propósito de establecer si favorecía el hecho de estar asegurada en alguna EPS, según los datos recopilados en este estudio 46 (74,2%) de las 62 mujeres que lograron acceder al diagnóstico se encuentran afiliadas en alguna EPS subsidiada o contributiva como se relaciona en la siguiente tabla.

Tabla 19. Mujeres diagnosticadas relacionadas con aseguramiento en salud

Acceso al Diagnóstico VS Aseguramiento	Cantidad	%
Continúan PNA	16	25,8%
Aseguradas en EPS-S	33	53,2%
Aseguradas en EPS-C	13	21,0%
Total	62	

Respecto a la oportunidad para el acceso al diagnóstico se encontró que los tiempos para la realización de la colposcopia/Biopsia relacionadas con la IPS a la que fueron direccionadas las mujeres fueron las siguientes:

Tabla 20. Hospitales e IPS privadas donde realizaron el diagnóstico

IPS donde realizaron diagnóstico	Nº	%	Promedio días	Mínimo días	Máximo días	Desviación Estándar
Hospital San Juan de Dios - Consultorio Rosado	32	51,6%	96	35	496	± 122,9
Hospital Primitivo Iglesias - Red de Salud Centro E.S.E	16	25,8%	238	42	596	± 135,5
Profamilia	4	6,5%	112	28	289	± 100,0
Hospital Isaías Duarte Cancino	3	4,8%	324	197	537	± 160,3
Hospital Joaquín Paz Borrero Red de Salud Norte E.S.E	1	1,6%	70	70	70	-
Hospital Universitario del Valle Evaristo García	1	1,6%	29	29	29	-

E.S.E						
IPS Corporación Salud Coop	1	1,6%	240	240	240	-
Clínica Sebastián de Belalcazar	1	1,6%	252	252	252	-
Clínica Farallones	1	1,6%	133	133	133	-
Clínica Nuestra Señora de los Remedios	1	1,6%	211	211	211	-
Hemato Oncólogos S.A	1	1,6%	112	112	112	-
Total	62		165			

La Impresión diagnóstica que registra el ginecólogo de acuerdo a los hallazgos macroscópicos del cérvix cuando la colposcopia es considerada satisfactoria se relacionan a continuación para las 62 mujeres a las que se le rastreó Colposcopia/Biopsia.

Tabla 21. Impresión Diagnóstica según ginecólogo

IMPRESION DIAGNOSTICA	Diagnosticadas	%
Normal	2	3,2%
Cervicitis/Colpitis	4	6,5%
Inflamación	9	14,5%
Sugestivos de Papiloma virus	7	11,3%
LEI BG	29	46,8%
LEI BG + VPH	3	4,8%
LEI AG	8	12,9%
Total	62	

Las 5 usuarias a las que se les encontró solo Colposcopia en las IPS consultadas se evidenció que el ginecólogo relacionaba el hallazgo como normal, razón por la cual decidieron no tomar biopsia y por tanto no fueron consideradas dentro de este estudio.

El resultado histopatológico de las muestras de exocervix y endocervix enviadas para análisis por patólogo arrojan los siguientes resultados.

Tabla 22. Resultado biopsia tomada por Colposcopia

RESULTADO BIOPSIA	Diagnosticadas	%
Negativo para Lesión Displásica	13	9,2%
VPH	16	11,3%
LEI BG (NIC I - DISPLASIA LEVE)	3	2,1%
LEI BG + VPH	16	11,3%
LEI AG (NIC II - DISPLASIA MODERADA)	4	2,8%
LEI AG (NIC III - DISPLASIA SEVERA)	6	4,3%
CARCINOMA INFILTRANTE	2	1,4%
Sin reporte	2	1,4%
Total	62	

Según el resultado histopatológico, el 9,2% de las mujeres no tenían lesiones sugestivas de malignidad. Por el contrario el 8,5% de estas muestras presentaban lesiones de alto grado las cuales según las guías de manejo clínico deben ser complementadas con Conización cervical.

Luego la paciente en la cita de control con el especialista recibía el reporte de patología mencionado anteriormente y el ginecólogo le definía una conducta clínica a seguir de acuerdo al abordaje clínico que amerita cada caso.

Tabla 23. Conducta clínica definida por especialista

CONDUCTA	Diagnosticadas	%
No Reclamó patología	7	11,3%
Citología cada 3 meses	1	1,6%
Citología cada 4 meses	11	17,7%
Citología cada 6 meses	12	19,4%
Citología Anual	2	3,2%
Criocauterización	13	21,0%
Conización	12	19,4%
Histerectomía	1	1,6%
Remisión a Gineco Oncología	3	4,8%
Total	62	

Según esto 26 (41,9%) quedaron con controles periódicos a través de Citología cérvico uterina, el 21% requería criocauterización con ATA al 85% para el manejo de las lesiones asociadas a la presencia del papiloma virus y 4 (6,5%) requirieron manejo adicional para dar tratamiento a sus lesiones.

1 de las 12 mujeres a las que le ordenaron para conización cervical lo hicieron para completar la etapa diagnostica ya que la citología arrojaba lesiones más altas y la biopsia arrojó lesiones de bajo grado. Para estas situaciones las guías de manejo sugieren realizar conización diagnostica por la discordancia entre el resultado del tamizaje y la biopsia cervical

Respecto al diagnóstico final se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la edad de la mujer ($p=0.042$), no se encuentra asociación con la Escolaridad ($p=0,16$), Raza ($p=0,23$), Estado civil (0.39), con el Método de Planificación Familiar ($p=0,19$), ni con la edad del primer parto ($p=0,46$).

Tabla 22. Análisis Bivariado

Variables		CA Infiltrante	LEI AG	LEI BG + VPH	Negativo	VPH	Significancia
Edad	Menores 20	0	0	1	1	4	0.042
	Entre 21 y 26	0	1	4	5	5	
	Entre 27 y 35	0	0	13	3	3	
	Mayores de 36	2	4	6	4	4	
Escolaridad	Bachillerato	0	1	5	0	3	0.163
	Bachillerato incompleto	0	0	2	0	0	
	Primaria	1	3	4	1	2	
	Técnico	1	1	13	12	11	
Número de Gestaciones	0	0	0	3	2	2	0.27
	1	0	0	2	2	5	
	Más de 2	2	4	12	3	4	

A las 141 mujeres del estudio se les realizó búsqueda de las citologías cérvico uterinas tomadas posteriormente al resultado alterado informado en el año 2013 que es objeto de este estudio. Se encontró que 68 (48,2%) de ellas no se han realizado citologías posteriores y llevan en promedio 685 días sin realizarse nuevamente el tamizaje

Tabla 23 Citologías Cérvico Uterinas de control

CITOLOGÍAS (Corte 15 Mayo 2015)	Cantidad	%	Días promedio	Mínimo días	Máximo días
Sin citologías de control	68	48,2%	685	513	857
1 Citología posterior	50	35,5%	414	151	740
2 Citologías posteriores	17	12,1%	539	252	793
3 Citologías posteriores	6	4,3%	596	335	770

Según esta información, 68 mujeres que corresponde a 48,2% no han vuelto a realizarse la prueba de tamizaje y llevan en promedio 685 días sin realizarse nuevamente la citología, lo cual permite inferir que ni siquiera cumplen con el esquema de realización de las citologías 1-1-3 propuesto por el MSPS. Esta situación es preocupante en términos de promoción y prevención ya que estas mujeres que han sido captadas por el programa no han sido diagnósticas y tampoco han continuado con la citología mínimo anual que se establece para las mujeres en Colombia.

73 (51,8%) de ellas tienen reporte de al menos 1 citología tomada en promedio a los 414 días posteriores a toma de la citología alterada del año 2013.

23 (16,3%) mujeres se han tomado 2 citologías de control en promedio a los 539 días y solo 6 (4,3%) mujeres se han tomado 3 citologías de control en un periodo

de 596 días en promedio posterior a la toma de la citología alterada a la cual se le ha realizado seguimiento en este estudio.

El resultado arrojado en las citologías cérvico uterinas de control tomadas por las mujeres posterior al resultado alterado que se le hace seguimiento en el estudio da cuenta que la mayoría de estas mujeres no han vuelto a presentar anomalía en su citología.

Los datos que se presentan a continuación están discriminados en 2 grupos: el primero compuesto por las 79 mujeres de las cuales se desconoce si accedieron a la colposcopia/biopsia y el otro grupo son las 62 mujeres que ya se han descrito ampliamente en este estudio y de los cuales se dispone datos de acceso al diagnóstico y tratamiento para las lesiones identificadas en la biopsia.

Tabla 24. Resultado de las Citologías Cérvico Uterinas de control

RESULTADO CITOLOGIAS POSTERIORES	Sin datos de acceso al diagnostico	%	Diagnosticadas	%
NO SE HAN TOMADO	48	60,8%	19	30,6%
INSATISFATORIA	0	0,0%	1	1,6%
NEGATIVA	17	21,5%	22	35,5%
NEGATIVA + ATROFIA	1	1,3%	3	4,8%
NEGATIVA + INFLAMACION	5	6,3%	6	9,7%
NEGATIVA + REPARACION	4	5,1%	6	9,7%
ASC-US	2	2,5%	3	4,8%
LEI BG	2	2,5%	2	3,2%
Total	79		62	

Después del seguimiento realizado a estas 62 mujeres se puede establecer que el estado clínico actual de ellas que se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 25. Estado final de la población

ESTADO FINAL	Mujeres
No se pudo establecer si accedieron al Diagnostico	70
Fue un error en la base de datos de citologías. Citologías posteriores negativas	1
Tratada anteriormente estaba en controles citológicos	1
Atendidas en otras IPS para legrado ginecológico	3
Realizaron solo Colposcopia	5
Colposcopia/Biopsia + Histerectomía	2
Realizaron Colposcopia/Biopsia	62
Realizaron Colposcopia/Biopsia + Criocauterización	11
Realizaron Colposcopia/Biopsia+ Conización	8
Realizaron Histerectomía como manejo inicial	2
Realizaron Colposcopia/Biopsia + Conización + Histerectomía	1
Realizaron Colposcopia/Biopsia y Remitieron a Gineco Oncología	2
Realizaron Colposcopia/Biopsia + Radioterapia - Fallecida	1

Finalmente y con el propósito de analizar la oportunidad para el acceso al diagnóstico se detallan los tiempos de la atención de la cual fue objeto una usuaria de 41 años del grupo inicial que falleció durante el periodo de observación: .

27/05/2013 Toma de la citología en el Puesto de Salud Calvario de la Red de Salud Ladera E.S.E. Reportada como "Citología de Primera vez".

11/06/2013 Emisión del reporte de Citología por parte del Laboratorio de Referencia de Citologías. Informada como **CA Invasivo**

→15 días Entre la Toma y la lectura de citología

23/08/2013 Fecha de primera atención en Hospital de II Nivel

04/09/2013 Colposcopia/Biopsia. Impresión diagnóstica: Enfermedad Inflamatoria

→85 días Entre la salida de la citología reportada como Carcinoma escamocelular invasivo y la realización de la Colposcopia/Biopsia

01/10/2013 Emisión del Reporte de patología: Carcinoma Escamocelular No Queratinizante, Infiltrante

12/11/2013 Cita con ginecólogo para entrega de patología y definición de conducta

→69 días entre la toma de Biopsia y la entrega del resultado. Ginecólogo Remite para atención por Gineco Oncología en Hospital de III Nivel.

Tardaron 169 días (5,6 meses) en diagnosticar a la mujer.

19/11/2013 Usuaria se afilia a una EPS-S. Se pudo establecer que al momento de toma de la citología la usuaria era Pobre No Asegurada y que logró asegurarse en Emssanar ESS 176 días después de la toma de la citología y posterior al diagnóstico de la lesión.

28/01/2014 Usuaria acude a servicio de urgencias del Hospital de II nivel donde ordenan RX Tórax para Cirugía que tiene pendiente en Hospital de III Nivel.

24/05/2014 Usuaria acude nuevamente al servicio de urgencias del Hospital de II nivel con cuadro de 8 días de hemorragia, manifiesta estar recibiendo radioterapia en el Hospital de III Nivel.

15/05/2015 Usuaria aparece reportada en Base de Datos de Fosyga como Fallecida. En vida no fue posible contactar a la usuaria ya que no reportaba número de teléfono en la citología y los números reportados en la historia clínica del hospital de II Nivel no eran contestados. El Hospital de III Nivel donde recibió el manejo oncológico no facilitó a la investigadora el acceso a los registros clínicos de atención de la paciente, a pesar de las solicitudes formales que se emitieron con el propósito de establecer el acceso al tratamiento de esta y de las demás pacientes atendidas en dicho Hospital Universitario.

5.4 Acceso al diagnóstico desde la perspectiva de las pacientes

En la última etapa de este estudio y considerando que los datos cuantitativos presentados anteriormente pueden ser complementado con técnicas cualitativas, se realizaron entrevistas semiestructuradas a 30 mujeres, a quienes enriquecieron los hallazgos numéricos con la percepción del proceso vivido de cara a las mujeres.

En las entrevistas se exploraron las barreras y facilitadores que encontraron al momento de acceder a los servicios de salud necesarios para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones inicialmente detectadas en la citología cérvico uterina.

El modelo teórico utilizado en este estudio para evaluar el acceso fue el “Modelo de Cobertura Efectiva” de Tanahashi³⁰, El modelo propone que para alcanzar la cobertura efectiva con equidad, se deben identificar las barreras en dos direcciones: identificando a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad, e identificando en qué etapas del proceso tales barreras tienen lugar con mayor frecuencia y así, dirigir las intervenciones a los “cuellos de botella” específicos.

El Modelo Tanahashi, evalúa la cobertura efectiva a través de 5 etapas: La disponibilidad de la oferta para un determinado problema de salud; la accesibilidad, la aceptabilidad y el contacto de los usuarios y finalmente la proporción de la población que resuelve su problema de salud.

A continuación se detallan los resultados de análisis de las 4 categorías del modelo de Tanahashi.

5.4.1 DISPONIBILIDAD

La primera categoría define la disponibilidad como “las personas para las cuales los servicios se encuentran disponibles”. En las entrevistas se aprecian referencias que la población hace sobre los aspectos que se amplían a continuación:

5.4.1.1 Escasez de información

La mayoría de las mujeres entrevistadas manifestaron la escasa o nula información acerca de esta problemática brindada por las instituciones de salud, es decir, que se encuentra la necesidad de recibir por parte de los profesionales de la salud una mayor y mejor información acerca de los procedimientos como la citología, la colposcopia y de los posibles riesgos que conlleva no hacerse el diagnóstico y los seguimientos oportunos.

Frente a esto se identificó que entre las mujeres existe un temor respecto a las enfermedades o infecciones vaginales. Además, expresan sentir pena o vergüenza al tener que preguntar sobre estos temas a los profesionales, lo cual permite determinar la importancia de establecer jornadas informativas frente a

estos temas, al igual que la necesidad de generar con pacientes lazos de confianza para que éstas accedan a los servicios.

“Yo pienso que la Secretaría de Salud debería mandar a alguna persona a que informe a las niñas, a que les explique, o sea, que ellas dejen esa pena y ese miedo de decir: vea yo siento esta picazón, yo siento esto, yo siento lo otro; qué tengo que hacer; porque la mayoría de las infecciones ya cuando uno las nota es porque ya están en un estado ya impresionante, porque, por el mismo miedo y misma vergüenza que uno siente al decirle eso a la mamá o al decirle mamá lléveme a que me hagan una citología o mamá yo ya perdí mi virginidad. Yo pienso que un curso once ya tiene mucho conocimiento sobre eso, pero igual uno entre amigas se pone hablar y uno nota que la persona no es lo suficientemente sabia sobre esos temas, porque uno habla con sus amigas y se les nota como la pena o el tapujo para hablar del tema”. (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15)

“Cuando a ti te hablan de Papiloma, tú te imaginas algo, pues como es una enfermedad que está atacando tanto y que está tan de moda, yo creo que debería haber más información a la mano, puntual, que te sirva para saber cómo la mujer puede disminuir el riesgo de adquirirlo, cómo debe cuidarse, es algo de cultura, y realmente hay mucha desinformación, porque la mujer a veces cree que solamente le pasa a la mujer promiscua, por ejemplo en mi caso, yo decía: pero si yo soy casada, prácticamente mi esposo ha sido mi compañero sexual siempre, o sea, eso te cambia la vida” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14)

También se identificó como una barrera la disponibilidad de la información: el tecnicismo utilizado por los profesionales de la salud; ya que las mujeres manifestaron que al momento de recibir la explicación respecto a sus diagnósticos, los profesionales empleaban términos clínicos, haciendo que muchas de ellas se sintieran desorientadas y recurrieran a internet o a otras fuentes para informarse más sobre su enfermedad.

“Yo sí quedé con dudas porque, pues, no entendía muy bien qué era lo que tenía porque pues ellos hablaban en palabras de médicos, entonces, no me decían: ve tú tienes esto, o te pasa esto, o tienes algunas cosas, no; solo era que LEI-BG, LEI-BG, LEI-BG... y yo ¿qué es LEI-BG?” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15)

“Era como muy técnica, entonces no me quedaba tan claro, era muy médica, muy clínicas y no me quedaban tan claras; pero pues yo busqué en internet y ahí algo más o menos entendí. Yo salí asustada y sí, vine e investigué en internet y al otro día fui al hospital a averiguar porque pues yo no quedé como, pues, no entendí muy bien, no sabía tampoco de qué se trataba el VPH ni nada de eso” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15)

“El día de la entrega del resultado, pues igual yo quedé gringa, porque igual no entendía nada de lo que decía allí. Sino que en internet aparecen muchas cosas, por ejemplo aparece lo de la verruga y aparece que por tener relaciones sexuales a temprana edad, que por tener varios compañeros sexuales desde muy temprana edad; y entonces quedé como gringa pues, quedé en las mismas” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14)

Frente a los procedimientos quirúrgicos, algunas mujeres manifestaron que no fueron lo suficientemente informadas al respecto, es decir, que en muchos casos las mujeres no sabían de qué se trataba una Colposcopia o Biopsia, ni que dicho procedimiento les podría causar dolor o incomodidad, lo cual provoca en ellas un

rechazo hacia el mismo procedimiento y hacia los profesionales que lo efectúan, pues al desconocer su importancia, las mujeres no consideran necesario hacérselo.

“Me dolió, sí, me dolió, me molestó mucho, más que doler, me molestó mucho y ya cuando me dio la incapacidad yo pensé: “¿cómo así?” y me dijo que no me podía mover, que tenía que tener las piernas hacia arriba, entonces yo pensé que eso sí era grave o ¿qué era lo que me habían hecho? Cuando me entregan la historia clínica, yo veo que es que me rasparon y que me cortaron y ahí ya entendí de qué se trataba” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

“Yo digo que los doctores son los que deben de informarlo a uno porque para eso ellos han estudiado, uno no ha estudiado lo que es la salud, uno no sabe nada de eso y cómo yo puedo decir que si no me la hago puede pasar esto y esto, no todo el mundo sabe porque hay personas que en el momento no saben ni siquiera qué es una colposcopia, para qué sirve la colposcopia, entonces es como que esa otra persona me va a venir a decir a mí: mira esto y esto, o sea, yo digo que es únicamente el doctor, él es el único que me va poder decir: mira pasa esto y esto, y si no te la haces puede pasar esto y esto” (Mujer 21 años entrevista realizada 27.03.15).

5.4.1.2 Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención

Respecto a esto, las mujeres se encontraron que para el manejo de sus lesiones, las IPS a las que eran remitidas, manifestaban escasez de médicos especialistas para atender la demanda de mujeres que solicitaban estos servicios, lo cual generaba demoras en la atención e incluso deserción, pues algunas mujeres manifestaron que no contaban con el tiempo o el dinero para estar llamando a la IPS asignada para consultar la disponibilidad de citas.

“Me dijo que en el momento solo habían dos Gineco-Oncólogos y que ellos atendían muchos casos y que como que eran los únicos en el Valle, algo así; entonces que por eso ellos mantenían demasiado ocupados y que era muy difícil la cita con ellos, que por eso la gente quedaba en lista de espera” (Mujer 30 años entrevista realizada 19.03.15).

Por otro lado, las mujeres manifestaron que las instalaciones físicas de los lugares donde se practicaron los procedimientos no contaban con los espacios necesarios y adecuados para brindar una atención digna, es decir, que en algunos casos las mujeres no se sintieron cómodas al momento de realizarse el examen, por lo que se resaltaron aspectos como:

“Sí me pareció molesto que en la sala donde estaban haciendo eso no había si no dos asientos para sentarse y en esa sala estaban haciendo las Colposcopias y también estaba otro ginecólogo que estaba haciendo ecos y todo eso y había como otra salita donde metían gente a hacerle limpieza de heridas o a quitar puntos, entonces a veces pasaban hombres por ahí y uno en bata. Era una salita súper chiquita con un baño y llamaban de a cinco personas y a las cinco nos hacían poner bata, entonces uno con bata, sin lo de abajo, parada ahí en un pasillo con la puerta cerrada esperando y entonces llamaban a alguien, abrían la puerta y hasta ese día un médico regañó a una enfermera porque abría y cerraba la puerta. Eso fue lo único que me pareció incómodo porque ahí se ve expuesta la intimidad de uno, o sea, uno va para un examen y está esperando, pues que espere normal, pero sí es muy incómoda la parte de la espera porque es estar en bata parada en un rincón cuidando tu ropa, el bolso, la bata, tapándose acá abajo, eso fue lo que me pareció incómodo” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

“Cuando llegué a que me hicieran la Conización, me pareció traumático también que lo ponen a uno ahí en una sala donde hay hombres y mujeres, está uno con una batica que le piden de tela desechable cortica, uno sin interiores, con hombres también allí, eso es muy incómodo, me pareció terrible eso” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

5.4.1.3 Falta de formación y capacitación del equipo de salud

Aunque de manera general, las mujeres manifestaron que confiaban en los profesionales de la salud, se identificaron casos en los que algunos procedimientos eran realizados por estudiantes en su etapa de práctica o eran realizados por el ginecólogo encargado pero con la presencia de estudiantes; lo cual no fue percibido de manera positiva por las mujeres puesto que manifestaron que si bien es importante que los estudiantes realicen la práctica, se le debería consultar al paciente si quiere que su procedimiento sea realizado o esté acompañado de dichos estudiantes; sobre todo en estos temas que para ellas son tan íntimos y privados.

“Pues la única experiencia maluca que creo yo, que prácticamente todas las mujeres que estábamos en ese día en el hospital, fue la de los aprendices, porque a todos nos tocó que un aprendiz nos mirara y nos hiciera la criocauterización. A mí me parece que esa muchacha todavía no está preparada, no estaba todavía en la capacidad para que ella se metiera hacerme una criocauterización, porque primero que todo se le notaba que los nervios se la estaban comiendo, y segundo que todo se le notaba que no estaba preparada en ese momento todavía para introducir un espéculo, ni para sacarlo, ni para nada” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

5.4.2 ACCESIBILIDAD

La segunda categoría define la accesibilidad como “las personas que pueden utilizar los servicios de salud”. En las entrevistas se aprecian referencias que la población hace sobre éste aspecto de accesibilidad y se amplía a continuación:

5.4.2.1 Direccionamiento oportuno a los prestadores de servicios de salud para completar etapa diagnóstica.

Las mujeres describieron la forma en la que se dieron cuenta que el resultado de su citología estaba alterado. Algunas de ellas esperaron el tiempo estimado para la entrega y acudieron a puestos o centros de salud a reclamar su resultado, otras recibieron una llamada telefónica en la que les solicitaban que acudieran al sitio donde les tomaron la muestra y otras recibieron visita en su casa de los equipos de atención extramural en la que les informaban que debían dirigirse rápidamente para reclamar sus resultados.

Las mujeres que fueron contactadas telefónicamente relataron que a partir de la llamada en la que les informaban que debían acudir por su resultado para continuar un proceso, ellas percibieron que algo estaba mal, pues en las ocasiones anteriores nunca las habían llamado para reclamar el resultado de la

citología:

“La verdad yo no fui por el resultado, a mí me llamaron, la niña de allá me llamó, porque a los 20 días se reclama el resultado y ya iban como 30 o 40 días, entonces ella me dijo: “señora, lo que pasa es que su citología salió mala, entonces necesitamos que venga por su resultado para explicarle qué pasos tiene que seguir” y ella misma me dijo que me iba a sacar una cita con Doctora Leda Romero, en el Paz Borrero” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

“Me dijeron que más o menos en un mes llegaban los resultados y faltando 10 días me llamaron por teléfono para que me presentara en el puesto de salud, que había un inconveniente y todo eso y que necesitaban que yo me presentara y entonces yo fui y me presenté con la enfermera que me habían salido unos pequeños inconvenientes y que tenía que acudir al hospital de López a verme con la doctora allá y que ella me decía, me leía bien los resultados y todo eso y qué procedimiento debía seguir. Ella me explicó que eso era de tratamiento, pero que me tenían que hacer una biopsia vaginal, que tenía que ir y mirar dónde me lo iban a hacer y todo; entonces que me dirigiera al Cancino” (Mujer 35 años entrevista realizada 25.03.15).

Los tiempos para la entrega de esta citología son variables, algunas señalaron que fueron contactadas antes de cumplir un mes de la toma de la citología y otras, fueron contactadas posteriormente. Algunas relataron cómo el hecho de tener afiliación a alguna EPS, al momento de la toma de la citología, se convirtió en una barrera para continuar con la atención que había sido sugerida por los médicos del programa de cáncer de las ESE:

“Al mes o como al mes y 15 días me llamaron y me dijeron que tenía que ir porque mi citología había salido mala, entonces yo me preocupé y ahí mismo me fui y que era una lesión baja pero que de todas maneras tenía que pasar donde el médico. Me mandaron a López con una Dra. Específica Leda Romero, ella me atendió y me dijo que no me preocupara que de pronto era que tenía hongos pero que de todas maneras me hiciera el examen. Me mandó esa Colposcopia. En López no me la quisieron recibir que porque no lo cubría el plan y yo no tenía EPS, no tenía ni Sisben, ni EPS, ni nada, entonces me dijeron: “aquí no se puede, tiene que ir a que le hagan la encuesta del Sisben” yo dije que Sisben para qué si yo soy estrato 3 y de todas maneras todo lo que yo diga ahí Sisben no hay. Entonces fui otra vez a La Rivera y averigüé y me dijeron que pues que tenía que ir al Isaías Duarte que allá sí me la podían hacer, primero llamé y me dijeron que sí y fui hasta allá, allá sí me atendieron súper rápido, me hicieron pasar a una salita, me hicieron llenar unos datos personales y que con eso me atendían” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

Es importante que las mujeres sean correctamente direccionadas a los servicios para completar el diagnóstico y que los funcionarios de los hospitales y centros de salud no se ofrezcan explicaciones que confundan a las mujeres pues en algunos les informan que citología solo salió con hongos o inflamación, y esto puede desorientarlas y hacer que ellas desistan de completar su etapa diagnóstica complementando el estudio con la Colposcopia/Biopsia.

“Entonces como me llamaron por teléfono me alarmé un poco y entonces que me presentara en el puesto de salud para recibir la citología, entonces yo vine y la niña muy formal, ella me dijo que fuera donde la Dra. Leda cuanto antes y que ella allá, ya me decía que tenía que hacer. Ya la Dra. Leda me mandó para el hospital San Juan de Dios” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

Otras mujeres fueron buscadas en su domicilio por los funcionarios de los hospitales y durante esta visita les informaron que debían continuar con atención médica y ellas relataron cómo el hecho de ser buscadas en su casa las asustó pues desconocían lo que pasaba con su cuerpo. Los funcionarios de PyP direccionaban a las mujeres para que fueran atendidas rápidamente en otros hospitales o para que lograran acceder a una cita con médico especialista.

“El día que me tomaron la citología sentí dolor, sangrado, y todo eso y ya me fui para la casa, y luego la niña como a los quince días más o menos me llevó el resultado de la citología. Me lo llevó hasta la casa y me dijo:” vaya donde el Ginecólogo, pida urgente la cita con él porque le veo que le salió algo irregular en la citología”. Entonces claro, yo me preocupé. Yo ahí mismo le dije ¿y eso que será? ¿Usted sabe? ¿Usted me puede explicar? Y ella me dijo: “ahí se ve es mucha inflamación, vaya donde el médico para que él mismo le explique bien”. Entonces claro, yo me asusté, y dije ¿Qué será, qué pasaría? Entonces ahí ya pedí la cita con el ginecólogo, pero no había agenda en ese momentico. Ella me dijo que cuál EPS tenía yo, y yo le dije que tenía Sisben Emssanar y entonces ella me dijo que me tocaba allá en el Hospital Carlos Holmes Trujillo. Yo fui allá y me dieron fue una cita con el ginecólogo pero para el Hospital Isaías Duarte. Allá me atendió el Dr. Ismael García, él es un buen ginecólogo, sino que como es tan buen ginecólogo, entonces es muy demorado las citas con él” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Otras mujeres relataron que en esta ocasión, el proceso de reclamar el resultado de la citología fue diferente a las ocasiones anteriores y que percibieron que algo estaba mal porque no le entregaron el resultado a los familiares que habían enviado para que lo reclamara:

“Esa me la hice tomar en Cañaveralejo y siempre las citologías se demoran, pues se demoró siempre bastante como más de 20 días y yo estaba esperando el resultado cuando yo la mandé a reclamar con mi nuera y ella me dijo que no se la entregaron, o sea, siempre se le entregaban a ella y no se la quisieron entregar que porque tenían que ver una cosa, tenían que entregármela a mí personalmente porque no la podían entregar a otra persona (la entrevistada llora). Pues cuando fui, la enfermera que me la tomó me dijo que no me preocupara, que no era nada malo, que me iban a hacer otros exámenes y ahí miraban qué era lo que tenía pero que no me preocupara, o sea, que eso tenía tratamiento y que no me preocupara” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

Las mujeres que acudieron personalmente a los centros y puestos de salud donde les tomaron la citología relataron la manera en que se les informó que su citología había resultado con alguna anormalidad. Ellas relataron cómo lo primero que imaginaban era que tenían cáncer y luego relataron cómo fueron orientadas para que iniciaran el diagnóstico a través de la Colposcopia/Biopsia. En esta etapa es vital que el personal de salud que está encargado de realizar esta entrega de resultados esté capacitado y sensibilizado frente al tema de manera que sepan cómo orientar a la mujer y se eviten pérdidas de mujeres que no acceden al diagnóstico por falta de claridad en este momento de atención.

“Yo fui, no me llamaron porque como me dijeron que en 20 días hábiles fuera, entonces yo fui y pues me había salido mala la citología, fue algo muy impresionante porque pensé que de pronto era cáncer y en ese momento cuando se la entregan a uno, uno no dice nada, pero cuando ya uno pasa con el médico, el médico ya le explica. Sí pasaron días, pero claro que me la dieron rápido

porque era algo de urgencia porque me había salido mala, entonces fueron como 3 días para la cita, pero para uno siempre es algo como muy ¿cómo le dijera?... uno se asusta mucho porque siempre piensa que puede ser cáncer; fue algo muy estresante para mi esos tres días, pero ya cuando la doctora Leda me dijo que eso era algo que le daba a muchas mujeres, que tenía que realizarme una Biopsia". (Mujer 34 años entrevista realizada 01.04.15).

"Yo fui el mismo día, el mismo día me sacaron la cita, yo el mismo día fui a la cita; la doctora me explicó pues más o menos qué era lo que tenía, me explicó así como te digo, que era una pequeña verruga que le salía a uno allí en el tendón y que era algo que había salido allí raro, que me iban a mandar una colposcopia que para descartar un cáncer o algo así. Ella me dijo: "te van a hacer un procedimiento que es incómodo, porque vas a sentir un calorcito, pero allí vamos a cerciorarnos de qué es lo que pasa, qué es lo que tienes, si es un cambio hormonal o si es que tienes algo", entonces de allí te van a mandar un tratamiento y ese tratamiento te lo tienes que hacer tú y se lo tiene que hacer tu compañero". (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

La mayoría de las mujeres referían haber recibido los resultados de la citología cérvico uterina en el puesto o centro de salud de manos de la misma auxiliar de enfermería que había realizado la toma del tamizaje, luego éstas mujeres eran direccionadas a una cita con el médico general del programa de cáncer que tiene cada una de las 5 ESE de la ciudad y durante ésta cita el médico les informaba cuales eran los pasos a seguir y les resolvía las dudas que las mujeres tuvieran hasta el momento respecto al resultado.

"A mí me explicó la enfermera jefe, que ella es hasta ahora la que lleva el caso mío y que siempre me ha tocado con ella; entonces ella ya me explicó lo que tenía y me dijo que fuera al puesto de salud de Meléndez, que allí me iban a realizar o me iban a dar la orden para realizarme la colposcopia, entonces, cuando yo fui al puesto de Meléndez allí me dijeron que no me podían hacer nada, que me iban a remitir al hospital San Juan De Dios, pero que tenía que seguir yendo al puesto de salud de Meléndez, entonces, yo me fui para allá, y allá ya me tocó empezar hacer los trámites. Yo fui al hospital a que me empezaran el tratamiento, porque las doctoras acá en el puesto de salud sí me recomendaron mucho que me hiciera tratar, que no me fuera dejar convencer de nada, que eso no pasaba nada, no, que me hiciera tratar porque eso era muy delicado y muy serio con mi salud. Cuando ya fui al San Juan de Dios que me tocó en el consultorio rosadito, una doctora muy formal ella si me explicó que era LEI BG, me dijo que era un principio como de papiloma humano y todo eso, que si no me trataba me podía dar un cáncer, ella fue que me sacó de la duda de que era LEIBG" (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Otras mujeres **no fueron direccionadas de acuerdo a la ruta de atención** y narraron cómo fue el proceso de entrega de la citología alterada y los direccionamientos que recibieron por parte del personal a cargo de la atención:

En este punto es importante resaltar que los profesionales de la salud que laboran en los servicios de tamizaje deben transmitir claridad en sus explicaciones de modo que las mujeres que logran acceder a la citología entiendan la importancia de la citología, sepan cómo actuar en caso que la citología resulte positiva y conozcan que existen pruebas adicionales como la Colposcopia que esclarece el diagnóstico y que posterior al diagnóstico deben continuar con las citologías periódicas.

"La Doctora que me hizo la citología, ella misma lo entrega. Ella me dijo que tenía que pasar con el

médico porque me había salido con hongos. Pues pasé al médico y ahí el médico me mandó óvulos y unos lavatorios vaginales y unas pastas”. (Mujer 29 años entrevista realizada 10.11.14).

Otras mujeres resultaron con anormalidad en la citología mientras que cursaban su embarazo, relataron cómo no fueron correctamente direccionadas para el diagnóstico de la lesión a través de la colposcopia. Una mujer afirmó que nunca le informaron que su citología había resultado con alguna alteración, por lo tanto no fue direccionada por los médicos de control prenatal ni por el personal del puesto de salud para realizarse las pruebas confirmatorias durante el embarazo o posterior al parto:

“Ella me dijo que ya cuando llegaran los resultados que se demoraban siempre un poquito, que me avisaban la cita con el médico, que el médico me los leía para el control del embarazo. Cuando yo volví a la cita del próximo control la doctora me leyó los exámenes, ella me dijo que estaba bien, ella ni me los mostró ni nada, los miró por el computador y me dijo que todo estaba bien, que todos los exámenes me habían salido bien, que estaba normal. Yo hasta ahora, porque no estaba informada de que el examen me lo tenían que entregar en físico, vengo a caer en cuenta que es una falla gravísima porque realmente uno necesita su examen en físico y como el médico le dice a uno que “estás bien”, entonces uno se queda tranquilo, porque si no hubiera sido que usted me mandó el examen yo no sabía realmente cómo me salió la citología, porque nada más me lo leyeran y ya. Es necesario que le entreguen a uno el examen en físico para uno tener pruebas, para tener algo que lo apoye, un apoyo así sea para no hacérselo con el Sisben sino para ir a buscar por particular porque la situación es de tiempo.” (Mujer 17 años entrevista realizada 06.11.14).

Otras mujeres resultaron con anormalidad en la citología mientras cursaban su embarazo. Relataron que fueron informadas sobre la necesidad de realizarse la biopsia a las 6 semanas post parto, pero en este proceso encontraron barrera que no les permitieron en ese momento ser diagnosticadas:

“Me dijeron que después que cuando saliera del embarazo a los 2 o 3 meses me lo hacían, me llamaron del Isaías Duarte Cancino y me llamaron como en enero o a principios de febrero me dijeron que ya por la fecha a finales de febrero me volvían a llamar... pero, no me volvieron a llamar de ningún hospital para el examen, por el mes de junio o julio si no estoy mal, fui a un puesto de salud, pues me acordé y le pregunté a la muchacha que hace la citología y entonces ella me dijo que me tenía que hacer nuevamente la citología a ver cómo salía, pues dependiendo cómo salía me volvían a mandar el examen, si salía con un problema o no” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

Siguiendo con los casos de mujeres que fueron correctamente direccionadas desde los puestos o centros de salud a los hospitales para que acudieran con su resultado físico de la citología alterada a valoración con el médico general del programa de cáncer de ESE a la que pertenecen. Se tiene según relatos de las mujeres que en dicha cita el médico explicaba el resultado y orientaba a las mujeres para que continuaran su atención en otros hospitales donde cuentan con el servicio de Colposcopia/Biopsia. Las direccionaban a los hospitales de la ciudad que tienen contrato con la Secretaría Departamental de Salud para la realización de este procedimiento a las mujeres Pobres No Aseguradas o los

demás hospitales que atienden a población afiliada a las EPS del régimen subsidiado. Las mujeres describieron este momento de la atención así:

“Me la entregó la misma persona que me hizo la citología, pues ella me lo entregó con una hojita como con una cartica y me dijo que tenía una lesión, que pues tenían que hacerme un procedimiento que ellos no lo manejaban ahí, que como yo no tenía EPS ni Sisben, tenía que ir al Hospital a preguntar si ellos me hacían el procedimiento, al San Juan de Dios, si ellos me hacían el procedimiento solo con la carta de desafiliación de la EPS en Bogotá porque yo no tenía Sisben acá y pues la afiliación al Sisben también se demoraba bastante. Ella me explicó pues que yo tenía una lesión, que tenía que hacerme una biopsia para mirar qué tan grave era, que en la citología aparecía de grado 1, pero que pues con la biopsia se veía más a fondo lo que tenía, que el procedimiento ya no era ahí y que tenía que ir al hospital para que ellos procedieran. Pues en el momento yo no tenía qué más preguntarle, porque yo no entendía tampoco, ella sí me explicó que era un virus, me explicó cómo se contagiaba, me dijo que podría haber sido hace un año, dos años o tres años, pues, que no podía decirme exactamente cuándo y que tenía que hacerme el procedimiento lo antes posible, que me tenía que seguir haciendo las citologías con juicio, para mirar si después del tratamiento ya estaba bien” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

La orientación que le daban los médicos generales del programa de cáncer de la Secretaría de Salud Pública Municipal que atienden a la población en cada una de las 5 ESES municipales, era con el fin de direccionar a las mujeres con alteración en la citología cérvico uterina a los hospitales que cuentan con el servicio de Colposcopia/Biopsia de acuerdo al aseguramiento en salud que disponían las mujeres al momento de la cita. La Red de prestadores habilitada para este servicio en la ciudad es:

- Hospital Primitivo Iglesias-Red de Salud Centro E.S.E
- Hospital San Juan de Dios – Consultorio Rosado
- Hospital Isaías Duarte Cancino
- Hospital Universitario del Valle – Evaristo García E.S.E

En algunos hospitales realizan el trámite cerrado con las EPS-S, lo que significa que las mujeres solo deben ir una vez a dejar sus documentos, e internamente el hospital se encarga de las autorizaciones y demás trámites administrativos, en este momento la mujer era informada de la preparación que debía tener para que le realizaran la Colposcopia/Biopsia. Estas mujeres no tenían que realizar trámites ya que el hospital se encargaba de estas gestiones, luego las contactaban telefónicamente para informarles la fecha y hora en la que les agendaban el procedimiento con el ginecólogo.

“Pues yo llamé allá al primitivo, me dijeron que yo tenía que ir personalmente, entonces yo me fui, me fui por la mañana a pedir la está...la cita, pues ella me dijo lo que no podía hacer, que tenía que tener relaciones pero era con condón. Y después me mandó pa' allá pa' donde otra doctora pa'l centro de salud Diego Lalinde” (Mujer 48 años entrevista realizada 31.10.14).

Las mujeres narraron su proceso de atención desde el momento de toma de la citología, pasando por el proceso de entrega del resultado, seguido de la remisión a otros hospitales, el momento que les realizaron la colposcopia/biopsia y

finalmente la forma en la que les informaron el diagnóstico final a través de la entrega del reporte de patología, así fue el proceso experimentado por las mujeres:

“Eso me lo entregaron la primera semana de abril y me dieron la cirugía para el 15 de abril, incluso él me vió a mí como el 5 y me programó y me dio 10 días para conseguir los exámenes que me mandó. Ese día en la consulta él me preguntó qué EPS tenía y yo le dije tengo Sisben, y él me dijo, mejor mire de todas maneras si en el hospital público la puede atender un ginecólogo oncólogo rápido porque esto es para ya o ya, porque ya estaba en nivel tres. Él dijo: de la fecha en la que salió la citología, la patología cambió rápidamente, cambió de un NIC a otro, pasó de la citología de un nivel 1 y a un nivel 3 en la biopsia y yo científicamente no le puedo decir usted puede esperar 6 meses, que eso va a bajar de NIC. No hay probabilidad que eso baje, y la decisión ya es de ustedes.” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

En las mujeres para las cuales el resultado de la biopsia presentaba **discordancia con la citología cérvico uterina**, los ginecólogos ordenaban una conización cervical como método diagnóstico. Las mujeres que presentaron esta condición, relataron cómo este hallazgo clínico, hizo que ellas tuvieran que continuar su contacto con otros servicios para finalizar su diagnóstico y poder recibir el tratamiento indicado de acuerdo al tipo de lesión:

“La ginecóloga me atendió muy bien y me dijo que otra vez esperar 20 o 15 días para los resultados, y los reclamé y después ella me dijo que tenía que hacerme la Conización porque no quedó satisfecha con el resultado, porque la citología decía una cosa que salí de alto riesgo y la Colposcopia salió que era leve, entonces quería como indagar más en esa parte de que me realizaran la Conización para salir de duda.” (Mujer 30 años entrevista realizada 19.03.15).

“Pues la verdad estaba muy asustada porque la biopsia prácticamente no arrojó directamente qué era lo que yo tenía, no se sabía si era cáncer o no, estaba muy nerviosa y lloré bastante porque no sabía qué estaba pasando en mi cuerpo.” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

Otro fue el proceso para las mujeres cuyo resultado de la biopsia demostraba que la lesión se trataba de Carcinomas Infiltrantes cuyo manejo debe ser realizado por un Ginecólogo Oncólogo. Las mujeres que vivieron esto fueron remitidas a instituciones de III Nivel de atención para el manejo clínico respectivo. Una de las mujeres relató todo el proceso desde el momento de entrega del resultado de la citología alterada, hasta el momento en el que fue informada que debía recibir Quimioterapia y Radioterapia para el manejo de sus lesiones y narró cómo fue su tránsito por los diferentes prestadores:

“Que no me había salido bien el examen, que tenía que ir al hospital de López porque tenía una inconsistencia, que tenía algo en el examen de Citología entonces que tenía que ir donde la doctora Leda, que tenía que ir donde ella para que ella me explicara bien y me volviera a atender. Entonces, ella me explicó y todo, qué era lo que estaba... qué era lo que tenía...pero me mandó para el Hospital San Juan de Dios al Salón Rosado a sacar la cita allá y ya fue cuando me hicieron...entonces me vio el médico de allá y me mandó el examen de...la Colposcopia. Ya cuando me entregaron el resultado de la Colposcopia el mismo médico me dijo que sí, que yo tenía cáncer. No pues ese día la verdad que yo me sentía tan mal que... que se puso a decirme tantas cosas; pues de la cirugía, de todas las probabilidades que habían con la cirugía pues que muchas veces uno le hacían la cirugía y después la Quimioterapia o primero la Quimioterapia y después la

Radioterapia; entonces de ahí me mandaron par el Hospital Departamental. Allá en el Hospital Departamental me mandaron Radioterapias, Quimioterapias y una mano de exámenes pero la Radioterapia y la Quimioterapia no me la realizaron.” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

5.4.2.2 Oportunidad para la Asignación de Citas

Las percepciones que las mujeres referían frente a la cantidad de días que transcurrían para que les realizaran los exámenes y valoraciones que requerían son muy variables, algunas sentían que la atención fue muy rápida y otras relataron múltiples dificultades para que en las IPS les asignaran citas para Colposcopia/Biopsia:

“Todo me lo hicieron a tiempo, las citas me las cumplían y nunca recibí mala atención.” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

“Ellos me dieron la autorización y yo llamé para sacar la cita y me la dieron como para los 8 días para hacerme la Colposcopia.” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15)

Las mujeres que percibieron que el tiempo para la asignación de citas era muy amplio relataron diversas molestias, la más frecuente estuvo relacionada con la falta de especialistas para cubrir la demanda. Ellas referían haber llamado o solicitado insistentemente cita y siempre haber recibido la misma respuesta, no hay agenda disponible o los médicos están de vacaciones, en paro o de congreso.

“Ella me dio una fórmula y me dijo que me tenía que dirigir al Consultorio Rosado, me dio el número de teléfono, que tenía que llamar, estuve llamando y me dijeron que no, que en ese entonces habían como 1 o 2 semanas en las que ellos no iban a trabajar, que se iban a ir como de vacaciones, me tocó esperar, eso fue como a finales de año. Entonces de ahí, estuve llamé y llamé y me dieron una cita, esa cita me la dieron como unos 4 meses después de la citología. Yo creo que fue mucho tiempo que tuve que esperar para realizar eso, entonces yo creo que por lo menos si había alguien que se iba a ir a vacaciones, bueno, que se vaya, pero que quede aunque sea alguien para que siga en ese tiempo porque qué va a pasar con las personas que iban en ese tiempo. Entonces yo creo que es que se alarga mucho y por eso es que después ya no se puede hacer nada por ciertas cosas.” (Mujer 19 años entrevista realizada 05.04.15).

Respecto al proceso experimentado para que les asignaran citas, las mujeres relataron diferentes situaciones, entre ellas, referenciaban que para lograr un turno debían madrugar mucho y en algunas ocasiones no lograban que les agendaran su cita.

“En el San Juan de Dios fue como muy dispendioso porque había que madrugar muchísimo para poder acceder a una cita y obtener pues los turnos, te hablo de que me tocaba levantarme por ahí tipo tres de la mañana para salir de mi casa a las 4 de la mañana y obtener los primeros turnos. Luego es fatal empezando de que hay que hacer una filísima afuera donde uno se expone a muchas cosas y fuera de eso pues cuando ya uno está a dentro esperar que las enfermeras quieran atender y cuando no están muy ocupadas pues ellas contestan con mucha grosería, entonces ellas ya te dan es la ficha y ya hay que esperar a que ellas lo atiendan.” (Mujer 30 años entrevista realizada 19.03.15).

“Es que uno va a sacar la cita, pero antes de la cita tengo que ir a tal lado a pedir una autorización,

uno va por eso y le dan un código con el que hay que ir a tal lado y hacer otra cosa y ya uno va a allá y allá le dicen: bueno haga la fila para que le den la cita, uno va y hace la fila para la cita y le dicen: no, no hay citas ¿qué hace uno ahí? Y mientras tanto, esto se ha vencido y toca volver a comenzar y todo. Siempre me ha pasado lo mismo, por eso es que yo le cojo pereza a ir por allá.” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

Otras mujeres para las cuales fue imposible acceder a una cita con los especialistas, referenciaron que acudieron en diferentes ocasiones a los hospitales a pedir citas y ante esta dificultad, optaron por realizar su tratamiento con prestadores particulares, ya que por la vía pública fue imposible acceder.

“Porque cuando me dieron el resultado de la colpobiopsia me dijeron que tenía que pedir la cita con el Ginecólogo otra vez y hasta él me había dicho: “apenas le lleguen los resultados pide la cita conmigo”, entonces yo fui como cuatro veces bien madrugada a pedir la cita y me decían que no, que no había agenda, que esperara y que venga mañana, que vengan tal día, hasta que yo duré en eso como quince días dando vueltas para arriba y para abajo y me cansé. Entonces yo le dije a mi hija y ella dijo: “no mami, lo mejor es que ya pasemos esto con un particular porque allá nunca le van a dar cita.” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Otras mujeres manifestaron que una vez habían logrado que les agendaran las citas, eran contactadas telefónicamente para postergarles la cita o el día que llegaban a cumplir la cita se daban cuenta que la jornada de atención había sido cancelada por diversos motivos.

“El día que me daban la cita para realizarla siempre me llamaban uno o dos días antes y me decían que no, que porque se había aplazado y siempre me postergaban.” (Mujer 30 años entrevista realizada 19.03.15).

Las mujeres para las cuales la demora de los hospitales era la diferencia entre el éxito o el fracaso en el abordaje clínico propuesto, encontraron que de continuar la atención a través de los hospitales públicos este tiempo iba a ser mayor:

“Entre el tiempo de una tutela, que acaten la tutela, porque cuántas ordenes de tutela salen a favor del usuario pero no las acatan, entonces era tomar una decisión de: o voy por la pelea que son dos o tres meses o mejor estos esfuerzos los uso buscando el dinero y me hago operar por particular y entonces la decisión que tomamos en familia fue que no importaba el costo, había que operar.” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Algunas mujeres percibían que el tiempo que tardaban los hospitales para entregar el resultado de la biopsia era demasiado y esto, influía en que las mujeres no culminaran oportunamente su etapa diagnóstica y el tratamiento de acuerdo a las lesiones diagnosticadas.

“La verdad es que a uno se le olvida, por ejemplo yo me tomé la Colposcopia cuando “ahhh de verdad que yo no he reclamado eso”, entonces a uno se le olvida ir a reclamar esas cosas por lo lejanas que son, por eso yo digo, que le hagan a uno el examen y que se lo entreguen rápido para que uno siga el proceso, porque si uno está en ese cuento uno sigue el proceso, pide permiso, pero cuando le dicen que venga en dos meses, a uno se le olvida y no es porque uno no quiera seguir, sino que por los ajeteos de la vida, uno enfoca su mente en otras cosas.” (Mujer 25 años,

entrevista realizada 06.04.15).

Otras mujeres manifestaban su incomodidad por los reprocesos vividos al momento de reclamar el resultado de su biopsia, ya que consideraban que el tiempo transcurrido era demasiado y el proceso involucra para ella fallas.

“La primera barrera que te encuentras es la cita para una biopsia, siendo un examen tan importante, tiene que entrar a una lista de espera, la llaman y le dicen que sí le van a hacer el examen, vas al examen y luego pasaron dos o 3 meses para la entrega del resultado, iba varias veces y que no lo encuentran, que dejara los apellidos y que lo buscaban y llamaban. Entonces ¿Dónde están los sistemas de control, los sistemas de gestión, de seguimiento de un examen tan importante?” (Mujer 49 años, entrevista realizada 30.09.14).

5.4.2.3 Costos de Consultas Médicas, Procedimientos, Medicamentos y Exámenes

Los relatos de las mujeres varían entre casos en los que las mujeres reconocen que no tuvieron que pagar ningún dinero por el procedimiento pues al momento de solicitarlo ya contaban con aseguramiento a alguna EPS-S.

“El servicio de la empresa de Emssanar y el apoyo que nos brindan a las mujeres que estamos pasando por estos procedimientos porque las autorizaciones para nosotras las mujeres que estamos en estos procedimientos son muy rápidas, hay como una preferencia. A mí me dieron la autorización y en esa autorización estaban los hospitales que yo podía elegir dónde hacer el procedimiento y yo elegí el de la Floresta. Luego llegué al hospital y le llevé los papeles a una enfermera llamada Amapola, y ella me atendió muy bien y fue muy amable conmigo y me orientó y me dio la fecha en que me iban a realizar el procedimiento. Me tocó volver a Emssanar, pero también fue rápido, la atención fue muy buena y tampoco me tocó volver a pagar nada. La empresa que estoy afiliada, Emssanar, siempre cubrió todo.” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“Que no me fuera a preocupar, que eso no, ya tenía ese carnecito, que eso no tenía ningún costo, que el Sisben me cubría todo, que eso lo pagaba el Estado.” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

Las mujeres que no contaban con aseguramiento para el momento que acudían a solicitar la Colposcopia Biopsia, manifestaron en su mayoría que los hospitales a los que fueron direccionadas, les informaban que el procedimiento tenía un costo, algunas de ellas acudieron a los servicios de trabajo social, donde les ayudaron de manera que ellas no tuvieron que cancelar ningún valor por el procedimiento:

“Sin embargo, yo sin trabajo ni nada de eso. Yo fui donde la trabajadora social y ella me dijo: ¿usted tiene el medio? Y yo le dije que no, que yo no tengo plata para pagar esa cita ni nada, y ella me ayudó y no me tocó pagar ni un peso.” (Mujer 35 años, entrevista realizada 25.03.15).

“Sí me estaban cobrando, me dijeron que el examen valía \$ 280.000, porque en ese tiempo no tenía el carnet todavía. Entonces fui a hablar con la trabajadora social para ver me recomendaba, porque yo obviamente no tenía esa plata; ella me dijo que era un bien para mí, que debía conseguir la plata y yo le dije que me quedaba muy difícil, yo no trabajo, tengo mis niñas pequeñas, y en ese entonces vivíamos en una piccita abajo, en una sola pieza vivíamos todos y pues yo le expliqué toda mi situación; y entonces ella me dijo que me podía hacer un descuento, y dijo que no

me podía descontar más. Me dijo que tenía que pagar \$27.000 y me dijo que llevara eso y que fuera mañana o que si los tenía ya, lo hacíamos ya, pero obviamente yo no había llevado plata, entonces me dijo: “mañana antes de pasar a la cita, usted viene y habla conmigo para yo darle la autorización”. Al otro día madrugué y me fui y hablé primero con ella y ella me dijo: “guarde esos 27 que tiene ahí para transportes, para lo que sea, porque eso le va a servir más para sus niñas” y me hizo una carta y no me cobró nada. Ya cuando el Ginecólogo me vio, el cirujano, cuando él ya dio la orden para que me sacaran eso, yo ya tenía el carnet, o sea, que cuando ya me hicieron eso, yo ya tenía el carnet de salud.” (Mujer 31 años, entrevista realizada 22.10.14).

Otras mujeres que tampoco estaban aseguradas al momento de solicitar la Colposcopia, acudieron donde la trabajadora social quien les ajustó el valor que ellas tenían que pagar por el procedimiento:

“No me acuerdo si eran cien o ciento algo que era lo que costaba. Pero yo hablé con la trabajadora social y ella me dijo que lo máximo que me podía ayudar y colaborar era que tenía que pagar \$50.000, yo los pagué” (Mujer 32 años, entrevista realizada 08.03.15).

Las mujeres también señalaron que en algunos Hospitales les solicitaban que llevaran insumos el día del procedimiento, para esto les entregaban un listado con las cosas que ellas debían comprar para que les realizaran la Colposcopia/Biopsia. En algunos casos los costos del procedimiento unidos a los del transporte y de los insumos fueron los que determinaron que algunas mujeres no pudieran acceder a la prueba diagnóstica.

“Inicialmente me cobraban como 200 y pico, fui y hablé con la trabajadora social, le dije que yo no tenía para pagar 200, entonces me dijo que lo mínimo que me podía dar era como 50 o 50 y algo, y que tenía que llevar todo: el espéculo, la jeringa, los guantes, todo lo que iba a necesitar, ellos me dieron allá un papelito donde tenía todo escrito de lo que necesitaba, me dieron la cita más o menos para un mes.” (Mujer 19 años, entrevista realizada 05.04.15).

“A parte tienes que llevar tus propias cosas, el espéculo, todo, entonces eran \$50.000 más todo eso, entonces ese día podría tener los \$50.000 pero no podría pagar ni el espéculo, ni las jeringas ni todo lo que me pedían allá. Ahí yo me retiré.” (Mujer 20 años entrevista realizada 31.03.15).

Para algunas mujeres el hecho que el procedimiento tuviera un costo, fue determinante para que ellas no terminaran su etapa diagnóstica, estos fueron sus argumentos cuando se les indagaba a cerca de los motivos por los cuales no se realizaron la Colposcopia/Biopsia.

“Yo primero fui a pedir la carta para ver si me podían atender con la carta porque todavía no tengo el carnet y sin el carnet no me atienden, como ya no estaba embarazada me dijeron que la tenía que pagar porque yo ya no estaba dentro de la población vulnerable y pues no tengo tampoco recursos para pagar un examen de esos. Ella no me dijo el precio, la verdad yo no le pregunté el precio porque ella me dijo: “es que usted no aparece registrada entonces le toca pagar ese examen” y yo le dije: ¿yo cómo voy a pagar ese examen?” (Mujer 17 años, entrevista realizada 06.11.14).

También se presentaron casos de mujeres, que ante la dificultad de acceder a los procedimientos en la red pública, decidieron acudir a un médico particular en el que les sugirieron procedimientos quirúrgicos. Para las mujeres poder acceder a

este tratamiento debieron asumir préstamos con entidades bancarias, para poder pagar los costos de una cirugía de manera particular.

“La cirugía era el 14 de abril en la sala de la unidad Los Andes, la cirugía la asistió el doctor Juan Pablo Susso Ayerbe que es médico Ginecólogo Oncólogo y asistió el Anestesiólogo, el doctor Rafael López y hubo un auxiliar de cirugía. Pues se pagaron los honorarios de cada uno de ellos, del doctor, del Anestesiólogo y del ayudante más los derechos de sala en la Clínica de los Andes. No más en honorarios, en los derechos de sala y en medicinas, que es la básica de la recuperación se fueron \$8.400.000. El doctor Susso ordenó luego una mamografía, y controles cada dos meses. Esos controles son muy buenos, pero como tenemos esa deuda tan grande, pues no podemos pagar los \$200.000 de la cita.” (Mujer 49 años, entrevista realizada 30.09.14).

5.4.2.4 Factores que favorecieron el acceso a la confirmación diagnóstica

Las mujeres dieron a conocer aspectos o momentos durante la atención que les facilitaron o acercaron con los servicios de salud, necesarios para que completaran su etapa diagnóstica.

Algunas de ellas manifestaron que el principal facilitador para acceder al diagnóstico, fue el hecho de estar aseguradas en alguna EPS, este hecho fue relatado por ellas de la siguiente manera:

“Yo fui al CALI 6, porque del San Juan de Dios, ella me dijo: “No, tiene que averiguar eso en algún CALI para que le agilicen la encuesta porque o si no seguramente le va a salir costoso”, entonces yo fui al CALI y ya de ahí me mandaron pues el muchacho que me encuestó. Después ya me hicieron la encuesta, porque es que yo ni siquiera tenía encuesta, ósea, yo tenía el papelito para uno empezar, más no la encuesta, ya me hicieron la encuesta y ya cuando a los 3 meses que salió la encuesta, yo fui con esa encuesta a Emssanar y entonces el muchacho me dijo: “¿usted viene por el carnet de Emssanar? Pero el carnet de Emssanar suyo está desde el 2008 acá.” (Mujer 32 años, entrevista realizada 08.03.15).

Las mujeres también relataron como en algunas IPS, tienen en su interior oficinas de las EPS del Régimen Subsidiado y resaltaron este aspecto como un facilitador, ya que no tenían que desplazarse para otros lugares para tramitar sus autorizaciones, sino que en el mismo hospital hacían todos los trámites:

“Pues la verdad me fue muy bien, yo fui, llevé los papeles y me dieron la autorización rápido, no me tocó hacer casi filas” (Mujer 25 años, entrevista realizada 09.03.15).

Las mujeres que no pudieron obtener una cita oportuna a los servicios que habían sido remitidas, encontraron en la **queja, un mecanismo de participación ciudadana efectivo** para que hicieran efectivos los derechos de los cuales eran sujetos. Este fue el relato que ofreció una mujer:

“Me tocó que llamar a la línea de atención al usuario de allí de Comfenalco y presenté la queja de que me parecía pues el colmo de que uno llamara al centro adscrito de Hemato Oncólogos y siempre que llamo me ponen una grabación y a lo último me ponen un contestador de que deje su mensaje y yo dejaba el mensaje, y la verdad me parece pues eso una falta de respeto con el usuario porque no estamos mendigando nada, estamos exigiendo un derecho y realmente pues me enojé demasiado, llamé a Comfenalco y ahí puse la queja y el muchacho me dijo que se demoraba 15 días hábiles, pero pues él me contestó al día siguiente y ya hoy pude obtener el procedimiento.

Entonces si supuestamente no hay citas, entonces cómo en este momento cuando realmente ya uno pone una queja entonces ahora sí vienen y sacan la cita de donde sea y ponen el espacio, ¿entonces?” (Mujer 30 años, entrevista realizada 19.03.15).

Otras mujeres resaltaban la labor de **las trabajadoras sociales** de los hospitales que habían sido vitales en el proceso, pues orientaban y ayudaban para que las mujeres fueran enrutadas y pudieran ser atendidas en los servicios que las mujeres requerían para ser diagnosticadas y tratadas.

“La muchacha que me ayudó de llamar y todo se llama Julia, ella es de atención al usuario, es muy buena persona, es muy amable, es muy colaboradora con las personas, especialmente conmigo fue muy, mejor dicho. Fue rápido porque gracias a Dios a la ayuda de la trabajadora social, ella se encargó de llamar al señor de Cafesalud y sí, fue ágil. Yo aparecía todavía en Pereira, ya mis hijos estaban acá pero yo aparecía registrada en Pereira entonces por ese motivo tocó ir al centro de salud, allá me colaboró una trabajadora social que fue que llamó a Cafesalud a Pereira y no sé qué vueltas hizo ella allá y ahí fue que me pudieron hacer lo de la Citología y todo lo que siguió después.” (Mujer 34 años, entrevista realizada 01.04.15).

Otras mujeres resaltaron que el hecho de haberse podido afiliar a una EPS del Régimen Contributivo, les favoreció para que ellas pudieran acceder a Colposcopia Biopsia, los relatos de las mujeres que migraron al régimen contributivo dan cuenta de esto:

“Yo en noviembre había entrado como practicante del Sena a una empresa, ellos me afilian a EPS, yo tuve que esperar que pasara el mes en la EPS para pedir cita aquí en la EPS para que ellos me hicieran el tratamiento; apenas pude pedir una cita médica, la pedí, entregué los exámenes y dije pues que yo estaba pendiente de un procedimiento pero que no me lo había podido hacer porque no tenía EPS. Yo hablé con la auditora y ella no me solucionó nada, me dijo que ella iba a estar pendiente de mi caso, me dio el número de ella y la extensión, para estar llamando del trabajo porque yo ya no podía faltar al trabajo y la llamé varias veces hasta que me la autorizó” (Mujer 24 años, entrevista realizada 03.04.15).

La información suministrada por una Mujer daba cuenta que el hecho de ser **población desplazada**, le había facilitado el acceso oportuno a la Colposcopia/Biopsia su relato da cuenta que la población en condición de desplazamiento es direccionada a los prestadores y que la atención se brinda con prioridad:

“Yo les dije que no tenía carnet de salud, porque yo apenas estaba haciendo la vuelta, porque yo venía como desplazada de Nariño Antioquia; entonces ellos me dijeron que por favor pidiera una carta en el UAO, que es el centro para la atención a las víctimas de los desplazados, entonces yo ya venía con esa carta de allá, antes de que me hicieran eso, y yo ya la presenté y con eso me empezaron atender sin ningún problema. Tener carnet, a mí sí me facilita por mis servicios y más que todo porque yo estoy ahora en condición de desplazada, para mí siempre tienen una prioridad; sino que el día que yo fui hacer sacar los carnets, el muchacho me los saco con nivel 2, entonces cuando me buscan a mí en la base de datos yo aparezco como desplazada, y ellos me dicen ¿pero tu como vas a hacer desplazada si apareces con un nivel 2?, entonces a mí me toca contar la historia y decir que fue el muchacho me puso nivel 2; y nosotros fuimos y hablamos con el muchacho que nos hizo los carnets y él nos dijo que no había ningún problema, ósea que el nivel 2 no significaba ni rico, ni pobre, que normal; que igual a mí me buscan en la base de datos y siempre voy aparecer como desplazada, que igual me tienen que atender así sea nivel 1,2,3,... lo

que sea. Pues no siento que sea privilegio, porque igual a mí me toca hacer la misma fila, me toca sacar los mismos papeles que las otras personas, pero, pues es mejor la atención, porque siempre le dan prioridad a las personas de nivel 1, desplazadas o personas con discapacidad; entonces yo pienso que en base a eso sí considero que me ha favorecido en este proceso.” (Mujer 19 años, entrevista realizada 26.03.15).

Durante las entrevistas realzaron el hecho que la citología cérvico uterina no tiene barrera para realizársela en los puestos, centros de salud y hospitales y narraron el momento en el que fueron captadas para la toma de la citología. El hecho de que las mujeres fueran tamizadas en un momento en el que ellas no pensaban utilizar los servicios, fue un aspecto clave para que ellas se enteraran que cursaban por alguna anormalidad en el cuello del útero:

“Usted a veces no cuenta con el tiempo, ese día yo iba era a una cita de mi hijo y me cogieron y yo hágale, de una y me la hice, eso es algo que usted dice que están motivados o que usted quiere que nosotras las mujeres nos cuidemos y eso me pareció interesante porque era algo que no iba por eso, eso me pareció muy bueno. Ese día yo fui con mi hijo a hacerle higiene oral y me dijeron que si me quería hacer la citología y limpieza oral y yo dije que sí, y me hicieron la citología, me hicieron la limpieza oral.” (Mujer 22 años, entrevista realizada 11.04.15).

Otras mujeres manifestaron que el hecho de ser jóvenes y estar inscritas en un **“Plan Joven”** ofrecido por la Red de Salud del Norte E.S.E les acercó a los servicio de salud y permitió que ellas iniciaran su proceso a través del reporte de una citología alterada:

“En la Red Pública a mí me dijeron: “usted es joven, tiene este plan y en ese plan tiene que tener entrevista con la trabajadora social, con la Psicóloga, tiene que hacerse limpieza dental, tiene que hacerse la Citología”, como 8 cosas diferentes que tenía que hacer, ese día me hicieron un mundo de exámenes gratis, de triglicéridos, de sangre, de todo y por la tarde ya me los habían entregado sin yo pedirlos ni nada y yo: “wow”, a los 8 días me dieron la citología, o sea, la atención es súper rápida. Además yo soy muy preguntona, pero sí sentí que me guiaban bien hacia donde tenía que ir, desde que llegué al puesto de salud me dijeron: “tiene que hacer esto y esto, tiene que ir allá, de allí pasé allá”, nunca me bananiaron de que acá si o acá no.” (Mujer 25 años, entrevista realizada 06.04.15).

Otras mujeres manifestaron que el hecho de **estar embarazadas** les favoreció el conocer que tenían una anormalidad en su cérvix, ya que en medio de los exámenes de control prenatal debían realizarse la citología, estos fueron algunos de los relatos:

“Pues yo me di cuenta que estaba embarazada, entonces dentro de los exámenes de rigor que se deben hacer a una embarazada aparece la citología, el examen de VIH y pues a mí me dijeron que me los tenía que practicar y yo dije que me los iba a hacer por el bienestar del bebé, porque de pronto algo le puede afectar al bebé.” (Mujer 17 años, entrevista realizada 06.11.14).

Otras mujeres que fueron enrutadas a través del contacto telefónico que realizó la investigadora, relataron como ésta llamada les motivó a que continuaran consultando o que acudieran a los hospitales que tenían contrato vigente para atender a la población Pobre No Asegurada. Estos son algunos de los relatos:

“Resulta que gracias a que tú me llamaste y me informaste me hicieron el examen y ya cuando me hicieron la colposcopia me salió el problema de cómo es que se llama, virus del papiloma humano e inflamación. Lo chévere fue que tú me llamaste, que me guiaste, de que imagínate hoy domingo y estas aquí y es como lo único que uno puede decir que chévere , incluso yo les decía a mis primas, chévere porque imagínate la citología y me salió buena y mira que esta muchacha llega y me llama, no pues gracias a Dios, yo no sé para que será ese examen pero yo me lo voy hacer, si ella me llama yo tengo que aprovechar yo voy y me lo hago, es como lo único” (Mujer 21 años, entrevista realizada 02.11.14).

“El apoyo fue que todo fue muy rápido con la entidad de salud, y también el apoyo de mi esposo y más que todo, tu llamada.” (Mujer 37 años, entrevista realizada 04.03.15).

5.4.2.5 Horarios de atención

Cuando a las mujeres se les indagó a cerca de los horarios que los hospitales tienen disponibles para la atención del público manifestaron en su mayoría dificultades para conseguir que les asignaran citas, pues muchas de ellas tenían que llegar a horas de la madrugada a los hospitales para lograr una ficha con las que les asignaban cupo para los procedimientos o valoraciones que requerían con los especialistas:

“Me dijeron que tenía que ir hasta allá, hasta Charco Azul, y para ir para allá y como son tan poquitas fichas, uno tiene que irse a las 2 o 3 de la mañana y esto de aquí para allá es complicado” (Mujer 37 años, entrevista realizada 04.03.15).

Respecto los horarios que tienen disponibles los especialistas para la consulta, las mujeres refirieron que las citas las agendan en horarios de oficina, la principal dificultad que ellas encontraban eran las largas esperas para la atención, ya que la cita era agendada a una hora, pero en su mayoría no se cumplían estos horarios y tenían que pasar varias horas en la sala de espera atentas al llamado al consultorio.

“Toca esperar, a uno le dicen que uno debe estar antes de las dos, que porque él empieza a atender a las dos, pero muchas veces uno iba y el doctor no estaba o estaba atendiendo partos porque creo que él es Gineco Obstetra o algo así, entonces había que esperar hasta las tres que él llegara y ya a esa hora mucha gente se había ido porque hay gente que trabaja y no le dan tiempo en el trabajo” (Mujer 32 años, entrevista realizada 08.03.15).

5.4.2.6 Distancia entre residencia y lugar de atención

Las mujeres relataban situaciones frente a los lugares en los que se encuentran ubicados los hospitales a los que eran remitidas para completar el diagnóstico. Entre las principales dificultades que relataban, era caminar desde el lugar donde las deja el transporte público hasta los hospitales ya que en su mayoría están ubicados en zonas de alta peligrosidad:

“Es que atravesarse ese pedazo desde la bomba para allá a la estación de Andrés Sanín y eso, ese pedacito es muy peligroso.” (Mujer 37 años, entrevista realizada 04.03.15).

“El Hospital está en todo el centro, entonces es bastante complicado porque por ahí se ve mucho indigente y no hace falta el que lo vea a uno ahí y lo coja.” (Mujer 19 años, entrevista realizada

05.04.15).

Otras mujeres manifestaban el temor de consultar en algunos hospitales, por el sitio geográfico en el que están ubicados. Las mujeres referían temor al tener que desplazarse a estos hospitales ya que su seguridad se podía ver involucrada y en muchos casos este estigma que tienen algunos hospitales hizo que algunas mujeres, prefirieran abandonar el proceso.

“Con la autorización me pasó que yo le dije a la niña que si por favor me lo podía dar para San Juan de Dios porque allá tengo la historia clínica y allá me hicieron este proceso, y no, me lo dio para el Isaías Duarte y yo como no conozco y pues del hospital me han hablado muy bien, pero del sector no, entonces a mí la verdad me da miedo. Si me contestan la llamada y por ahí puedo sacar la cita, sí, pero que yo ir allá a sacar la cita, la verdad no pienso hacerlo.” (Mujer 31 años, entrevista realizada 22.10.14).

En otros casos las mujeres lo que hicieron fue solicitar cambio de prestador, de manera que el hospital al que iban fuera uno que ya conocieran o que fuera más fácil el desplazamiento y el acceso al hospital.

“Para pedir la cita había que madrugar porque allá daban ficha y yo me fui ese día como a las 6 o antes de las 6 de la mañana pero cuando yo llegué, no, que había que pedir un papel y todo eso, entonces yo me devolví para el hospital de López y yo le dije que si de pronto había oportunidad de otro hospital pues para que no tuviera tanto peligro allá ni nada, entonces fue cuando me dijeron que había ese o el San Juan de Dios y yo escogí el San Juan de Dios, porque pues uno dice que por ahí no es tan peligroso como el Cancino.” (Mujer 35 años, entrevista realizada 25.03.15).

El estigma social que tienen algunos hospitales, se convirtió en una barrera determinante para que las mujeres accedieran efectivamente a la colposcopia/Biopsia. Los temores que manifestaban algunas mujeres respecto a las zonas que rodean al hospital y a las personas que son atendidas ahí, se puede ver reflejado en esta citación:

“Por las personas que entran allá, son personas de la calle o de bajos recursos y es incómodo, no me molesta, pero es incómodo y más en mi situación que me sentía más incómoda”. (Mujer 20 años entrevista realizada 31.03.15).

5.4.2.7 Listas de espera

Los relatos dan cuenta del tiempo que debían esperar las mujeres para que les asignaran una cita en los hospitales a las que habían sido remitidas. Ellas manifestaban que al momento de solicitar los servicios, les informaban que no había disponibilidad de cupos, y les registraban sus datos en una lista de espera en las que serían llamadas de acuerdo a la disponibilidad de especialistas para la realización de los procedimientos:

“Muchísimo tiempo porque yo fui y primero no habían citas, que esas citas eran muy demoradas, que había yo no sé cuántos días, yo me acuerdo que yo fui, cuando ella me dijo, a los poquitos días yo fui y en ese tiempo no habían citas y después por fin logré conseguir una para diciembre y en diciembre fui y me dijeron que no, que los médicos no estaban y que no estaba el Ginecólogo y que ellos no podían dar citas y que la agenda estaba llena, mejor dicho, que no hay citas, no hay

agenda, o si no, es que usted tiene que llamar y usted llama a ese número y eso allá no contesta nadie en el San Juan de Dios, siempre tienes que ir hasta allá a ver si de pronto” (Mujer 32 años, entrevista realizada 08.03.15).

Otras mujeres referenciaban que las mujeres eran direccionadas para que solicitaran sus citas a través de los call center que tienen destinado los hospitales y clínicas para la asignación de citas y de procedimientos. Ellas manifestaban la dificultad para comunicarse y para lograr que les agendaran la cita para los procedimientos que les habían ordenado y manifestaron haber permanecido en lista de espera hasta 7 meses:

“Siempre que llamo me ponen una grabación y a lo último me ponen un contestador de que deje su mensaje y yo dejaba el mensaje, y la verdad me parece pues eso una falta de respeto con el usuario. En varias ocasiones llamé y me atendió una niña María Eugenia y ella siempre me decía lo mismo: de que no había agenda y que tenía que estar en lista de espera. Desde el mes de septiembre que me revisó la Ginecóloga y me mandó la Conización pero desde septiembre hasta ahorita abril, me dieron una cita y siempre me llamaban y que estaba en lista de espera hasta este día que me pudieron realizar el procedimiento” (Mujer 30 años, entrevista realizada 19.03.15).

“Pues a mí me parece que fueron muy demorados porque cuando a mí me entregaron la Citología, me dijeron que eso era en menos de un mes que tenía que haberme hecho todo el procedimiento y todo terminó en marzo, cinco meses después” (Mujer 24 años, entrevista realizada 03.04.15).

“Lo que pasó es que en la cita con él, él me mandó la Colposcopia y eso fue lo que se demoró mucho porque me programaron y que supuestamente al mes me dieron la cita y yo fui en mayo y que no, que la habían aplazado, es más, yo no fui, me llamaron a la casa y me dijeron que no me presentara a la Colpobiopsia y que esperara a que ellos me llamaran y me colocarían el día porque tampoco tenían agenda en ese momento; entonces hasta que ya en diciembre fue que me llamaron, a mí me llamaron como los primeros días de diciembre y me dijeron que me presentara el 5 para la Colpobiopsia” (Mujer 49 años, entrevista realizada 30.09.14).

5.4.2.8 Tiempos de espera para la atención

Durante las entrevistas, las mujeres manifestaron que debían permanecer durante varias horas en los hospitales para lograr que fueran atendidas. Los relatos ofrecidos por las mujeres referentes al tiempo que las mujeres debían invertir para poder acceder a la prueba diagnóstica, dan cuenta de situaciones variables como las que se amplían a continuación:

“Yo si casi siempre alcancé el turno para el día; y ya lo malo era que le daban a uno la cita digamos a las 7 am, pero iban atendiendo a uno tipo 11 am, 12 o hasta la 1 pm uno esperando allá para que lo atendieran, que porque no llegaba el médico, que por que estaba atendiendo otros pacientes, que por que tenía muchos casos que atender, entonces pues tenía que repartirse en todo el hospital y pues eso era lo maluco, y de resto la atención era muy buena” (Mujer 19 años, entrevista realizada 26.03.15).

“Pues allí imagínese fui desde por la mañana y que porque supuestamente yo tenía la cita por la mañana, allá me llegó la tarde y nada que me atendían, ya de allí que pasara para otra sala, para esperar otra vez y nada tampoco que me atendían, cuando yo ya de tanto azarar pues, porque yo decía bueno y a qué hora es que me toca a mí, entonces ya me hicieron pasar a la sala y el médico no estaba allí metido, estaban era las auxiliares y ellas eran las que iban llenando eso mientras que él venía y cuando él vino fue que ya me dijo así groseramente que me cambiara.” (Mujer 25 años,

entrevista realizada 16.09.14).

Las mujeres también referenciaron que el día que tenían programado el procedimiento, debía llegar con varias horas de anticipación para alcanzar a realizar los trámites administrativos necesarios para la atención. También referían fallas de los hospitales al momento de agendar las citas, pues programaban a varias mujeres a la misma hora y el agendamiento era superior a la capacidad de respuesta que tienen para la atención:

“Pues a mí me tocó hacer fila para pagar el examen en facturación, y ahí en laboratorio se pagan todos los exámenes, o sea, era la fila larguísima que tenía que estar allá antes de la hora que me habían dicho porque o si no ya perdía la cita, entonces yo tenía que estar allá más o menos como a las 6:30 de la mañana, hacer la fila, después pasar los papeles donde me iban a realizar el examen y así en orden como uno iba llegando, lo iban atendiendo, pero lo iban atendiendo en pocas palabras porque usted llegaba a las 8 y pasaba la orden y por ahí a las 2 o 3 horas te iban atendiendo. Ese día habían como unas 25 o 30 mujeres que estaban allá esperando y fuera de eso, no falta la que hace un mes fue a hacerse el tratamiento fue este día a llevar la citología para que se la revisara, entonces claro, eran más mujeres las que ya no tenían que hacerse el examen, pero que iban a que les leyeran la Citología donde ella.” (Mujer 19 años, entrevista realizada 05.04.15).

“Cuando llegué allá a los Chorros, porque fue la única parte en donde sí me tocó unas colísimas, yo iba desde por la mañana, 6 a 7 de mañana y eran la tres y cuatro de la tarde y yo no había salido de allá, y a veces cuando mi pareja no me podía llevar yo me iba en bus y hay veces me tocaba llevarme uno de mis hijos, y andar con ellos por allá, que eso si es lo peor andar uno con muchachos.” (Mujer 25 años, entrevista realizada 16.09.14).

Las mujeres que tuvieron la experiencia de consultar en los hospitales públicos y luego haber sido remitidas a clínicas por parte de sus EPS-C refieren que la situación es similar tanto en lo público como en lo privado. Algunas mujeres hasta manifestaron que en la red pública fueron más ágiles con su atención comparado con el proceso que ahora están viviendo con la red de prestadores que tienen contratadas las EPS-C.

“El proceso de atención, pues sí, uno tiene que madrugar, uno tiene que llegar siempre como a las 6:30 de la mañana, no se demora todo el día, a las 9 de la mañana ya te están atendiendo o antes cuando no hay mucha afluencia, entonces no es tan terrible, peor es la cita prioritaria en la EPS que salís ya a las 4 de la tarde. La atención es bien, las citas te las dan súper rápido, los médicos cumplen los horarios para las citas porque yo una vez llegué tarde y me miró mal y todo, los médicos cumplen” (Mujer 25 años, entrevista realizada 06.04.15).

5.4.2.9 Costos del traslado al Centro de Atención

Los relatos dan cuenta de los gastos de bolsillo que tuvieron que asumir las mujeres y las dificultades económicas que tienen varias mujeres para cubrir el costo del transporte que las lleve hasta los hospitales donde fueron remitidas para realizarse la Colposcopia/Biopsia:

“Nosotros en ese tiempo, ninguno de mis papás pues tenía trabajo solvente, ni nada de eso; entonces pues siempre era difícil conseguirme los pasajes para transportarme y pues en ese tiempo porque yo estudiaba, entonces me tocaba sacar autorizaciones, permisos para que me

dejaran ir a las citas” (Mujer 19 años, entrevista realizada 26.03.15).

“Pues siempre uno tiene que pagar transporte, o sea, donde yo vivo es muy lejos, en zona rural, yo tengo que pagar transporte, o sea, muchas veces uno no conoce y tiene que pagar taxi para poder que lo lleven allá donde a uno lo mandan, entonces uno siempre tiene que pagar transporte.” (Mujer 46 años, entrevista realizada 31.03.15)

Los gastos que les generaban a las mujeres ir hasta los hospitales a solicitar en varias ocasiones las citas, fue determinante para que alguna de ellas no volvieran a los hospitales y se perdiera la oportunidad de realizar un diagnóstico oportuno:

“Uno muchas veces no tiene ni siquiera para el bus, entonces yo digo: uno va una vez, pero ya la segunda y que tal que vaya y no me atiendan, entonces vuelve otra vez y pierde la ida.” (Mujer 32 años, entrevista realizada 08.03.15).

“Entonces yo digo que todo lo que yo he gastado yendo y viniendo a las citas que lo mandan a uno por allá, mejor me pagaba mi EPS porque se supone que es algo que el gobierno nos está dando por ser una población vulnerable pero realmente uno siempre tiene problemas en cuanto a lo económico por el transporte.” (Mujer 20 años, entrevista realizada 31.03.15).

Otras mujeres ante la dificultad para conseguir el dinero necesario para poder desplazarse hasta los hospitales, hicieron que ellas abandonaran el proceso y no fueran oportunamente diagnosticadas y tratadas:

“Los transportes para ir y venir, eso es un incremento grande y para mí que mis recursos no son muy buenos que digamos, a mí me cuesta, por eso yo digo que si me voy para allá, ¿el desayuno de las niñas qué?, entonces eso también importa mucho.” (Mujer 31 años, entrevista realizada 22.10.14).

5.4.2.10 Escasez y dificultad para el transporte

Respecto a lo que significaba para las mujeres llegar a los hospitales a donde habían sido remitidas, ellas señalaban que algunos hospitales están ubicados en zonas de alto riesgo, por lo tanto prefieren no ir hasta los hospitales para evitar ser víctimas de la inseguridad que ronda en el sector:

“Por el transporte no hay problema, pero pues meterse allá tan temprano sí era como difícil, porque pues allá usted solamente ve carros, muy poca la persona que va caminando hacia allá, entonces sí era como complicadita esa parte; de pronto en el transporte no tanto porque uno se iba en el MIO y se bajaba ahí en el centro y caminaba, sino que era de la estación hacia el hospital” (Mujer 19 años, entrevista realizada 05.04.15).

Otras mujeres referían que las instalaciones físicas y la atención de un hospital era muy buenas, pero la principal dificultad que encontraban era el desplazamiento en transporte público, pues el abordar algún bus o alimentador del sistema de transporte masivo de la ciudad “MIO” era difícil por la zona donde se ubica el hospital.

“El hospital es muy bonito, porque ese hospital es nuevo, ese hospital parece una clínica, excelente, pero antes de ingresar allá uno tiene que pasarse una invasión. Uno se para en esa esquina y ahí no cogía el MIO, tenía que como cuando el alimentador paraba como a dos casas,

de ahí, porque yo lo viví con trabajadores y todo eso, correr y montarse en ese MIO corriendo porque en el pedacito donde paraba el alimentador eso era un robadero, uno tenía que correr y el que primero se subiera. Y ahí si el MIO se metía por toda la invasión y lo dejaba a uno ahí en la puerta del Hospital, pero para uno llegar allá, pues no sé ahora, pero eso había una invasión que a pie uno no ingresaba allá.” (Mujer 35 años, entrevista realizada 25.03.15).

5.4.3 ACEPTABILIDAD

En la tercera categoría del modelo de Tanahashi se encuentra la Aceptabilidad, entendida como las personas que desean utilizar los servicios de salud disponibles. En las entrevistas se encuentran citas donde la población hace referencia a las subcategorías indagadas que dan cuenta de:

5.4.3.1 Barreras u obstáculos percibidos

Las mujeres a lo largo de las entrevistas identificaron fallas en su proceso de atención. El punto de partida para el éxito en el manejo de estas mujeres, empieza desde el momento mismo de la **entrega del reporte de Citología Cérvico Uterina con alteración**, ya que para alguna de ellas este momento no fue claro y transparente, pues los profesionales que explicaron el resultado, según ellas, no las direccionaron a la Colposcopia/Biopsia como método diagnóstico de las lesiones reportadas en los informes de Citología:

“Yo le decía que por qué estaba todo rojo porque a mí nunca me había salido roja y él me dijo “Ah no, no, es una pequeña infeccioncita que tienes aquí” y yo como ellos son expertos y son los que saben entonces me quede así y me mandó un medicamento y me dijo “no te preocupes porque ya con eso tienes.” (Mujer 37 años, entrevista realizada 04.03.15).

Las mujeres también identificaron que la principal barrera para poder acceder a los servicios de diagnóstico era el hecho de no estar afiliadas a alguna EPS. Ellas identificaban que el hecho de haber sido encuestadas por el Sistema de Identificación de Beneficiarios – **Sisben**, en algunas ocasiones, las alejaban más del diagnóstico pues obtenían puntajes muy altos que no les permitían ser aseguradas por alguna de las EPS del régimen subsidiado que funcionan en la ciudad:

“A mí me parece muy ilógico, yo sé que hay personas de estratos 1 o 2 que tiene más prioridad sobre las personas que vivimos en los estratos 3, pero vivir en un estrato 3 no es tener dinero, inclusive muchas veces nosotros hemos evaluado la posibilidad de irnos a vivir mucho más hacia al distrito donde nos salgan unos servicios más baratos, pero empezamos a tirar lápiz y papel y de solo el transporte nos sale a lo mismo y una persona de estrato 3 realmente muchas veces no tiene recursos, nosotros vivimos en una casa de arriendo y el Sisben viene y evalúa la forma en que uno vive, miran la cocina, miran el baño y no se percatan de saber realmente los ingresos de esa persona, o sea es que yo digo que toda persona si pudiera se pagaría un seguro, o ni siquiera una EPS, yo creo que se sacarían sus citas privadas, realmente si uno está buscando acceder a un Sisben es porque lo necesita y el Sisben tiene muchas barreras para uno acceder a él. Primero vienen y te hacen la encuesta y ponen esos puntajes súper altos y uno ni siquiera es dueño del hogar, uno paga un arriendo y con esos puntajes lo único que hacen es perjudicar a las personas” (Mujer 17 años, entrevista realizada 06.11.14).

Una población de mujeres que logró acceder al diagnóstico a través de los hospitales que tienen contrato con el Ente Territorial Departamental para la atención de población pobre no asegurada, encontraron como principal impedimento, que al momento de solicitar servicios de alto costo, el hecho de no estar aseguradas en ese momento cobraba un sentido importante, pues no podían acceder a los servicios que requerían para el manejo Oncológico necesario en ese momento de acuerdo a la agresividad de las lesiones:

“Con ese puntaje no me dan EPS, pues entonces yo... entonces a mí me dijeron que por medio de la secretaría de salud entonces me estaban haciendo las cosas pero ahí por lo menos si me mandan medicamentos a mí no me los dan, por lo que el puntaje es alto y a mí me toca que comprarlos. Y la quimioterapia y la radioterapia no me lo hicieron porque el puntaje estaba muy alto y con ese puntaje bien alto eso no se podía realizar, que no... que eso no lo hacían” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

Entre los **obstáculos** que las mujeres identificaban para acceder al diagnóstico de sus lesiones se encontraron la dificultad para acceder a las citas o a los procedimientos ordenados, esto fue determinante para que algunas mujeres abandonaran su proceso, pues, como ellas lo manifiestan, es desgastante solicitar citas y que estas se las nieguen:

“Yo pienso que si a uno le entregan un resultado con un alto grado, deberían inmediatamente, no ponerlo a uno a pedir cita, sino que inmediatamente tener asignada al cita y directamente pasar con el Ginecólogo, pero uno pide la cita y eso es que uno, dos o tres meses, entonces ya es como que si no le dan la cita pues pague, porque es la realidad; porque yo le decía: niña, pero mire este examen como me salió y ella: “¿pero yo qué hago?”, entonces uno para no ponerse a pelear con la niña de allá porque obviamente ellas ni culpa tienen, entonces me decían que fuera al otro día, o el lunes o el miércoles, hasta que ya me cansé” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Para las mujeres que no lograron acceder al diagnóstico, les queda la duda si su lesión ha avanzado por no cumplir las recomendaciones que les han dado los médicos, ellas refieren que la principal barrera en su proceso ha sido la falta de recursos para cubrir el procedimiento o poderse lo realizar con medico particular:

“Realmente uno queda como en el limbo, me quedo pensando ¿qué será lo que tengo, que tan avanzada está la enfermedad?, o sea, ellos realmente dicen y hay muchas propagandas y los médicos le dicen que uno que es muy descuidado que porque se encuentran las cosas ya están avanzadas, que por qué no realizan los exámenes, pero es que para esta fecha yo ya debería tener el diagnóstico y si me pasa algo ya debería estar en un tratamiento, pero nada, porque como no tengo los recursos para hacerme el examen por particular, porque si yo tuviera los recursos ya me habría hecho mi examen” (Mujer 17 años entrevista realizada 06.11.14).

En lo relacionado con el proceso para la **solicitud de citas**, algunas mujeres identificaron como principal barrera la falta de respuesta de los Call center o de los teléfonos que les informaban como único mecanismo para solicitar las citas:

“He estado llamando y resulta que le colocan una contestadora a uno y uno tiene que esperar 20 minutos para contestarle y yo no tengo teléfono en mi casa, tengo que llamar de un minuterero o en un celular y entonces tengo que pagar, tengo que esperar 20 minutos y no contestan, muchas veces no contestan o por internet, pero yo de internet no sé nada. Hoy por lo menos fui y no me

contestaron, pagué como 8 minutos y tuve que colgar porque igual no tenía más plata para pagar. Me parece que antes era más ágil, yo madrugaba y cogía mi cita, me parecía mucho más ágil, mucho más cómodo, para mí sería excelente que lo colocaran como estaba antes sin esas llamadas, que uno fuera personalmente o que uno mandara a alguien que sacara la cita” (Mujer 34 años entrevista realizada 01.04.15).

La inconformidad fue repetitiva en las mujeres, ellas manifestaban su descontento por el cambio en la forma de solicitud de citas, pues algunos hospitales ya no asignan la cita presencialmente, sino que centralizaron el proceso de asignación de citas a través de Call Center a los que las mujeres se deben llamar para que les agenden citas:

“Antes las daban en el mismo puesto de salud, ya no, ya ahora el problema es del teléfono. Uno va y dicen que ya no dan la ficha, le dan un papelito donde encuentra uno el número o la página de internet, pero la página de internet es un problema y el teléfono es otro. La que uno ve más sencilla es por la línea telefónica, pero eso es otro problema porque nunca le da una respuesta de una cita, entonces uno sin teléfono, entonces son minutos, tras minutos para nada, entonces uno también le pierde la motivación, uno prefiere otra cosa, porque uno que se va a quedar ahí 10 minutos, mil o dos mil pesos en una llamada y nunca le dieron la cita, entonces a mí me parece mal hecho, porque era mejor uno madrugar y saber que le daban la cita el mismo día o para el otro día, usted madruga a las 5 o 6 y ya sabe que para las 10 ya tiene su cita, como lo hacían antes, ahora no, el teléfono y nada que contestan y si le contestan la cita es para un mes o un mes y medio. Entonces a mí no me parece eso, entonces uno no va o uno prefiere aguantarse e ir a la droguería por la pastica necesaria y ya, esos son los últimos recursos que uno toma” (Mujer 22 años entrevista realizada 11.04.15).

“Yo de una fui y lo hice autorizar allí en Emssanar y de una me lo dieron, entonces de allí me quedo faltando fue porque como me mandaron con Ginecólogo, y me mandaron al Departamental, y en el Departamental que no había citas con Ginecólogo, y me toco esperar un poco de tiempo, y yo llame, llame, pero yo mire vea, y cada rato perdiendo pues tiempo yendo allá, pues yo azarada porque mi mamá me decía usted espera que pase más tiempo de pronto puede ser peor” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

Las mujeres que luego se afiliaron a alguna **EPS del régimen contributivo** manifiestan obstáculos similares a los vivenciados en la red pública. Las mujeres relataron situaciones frente a sus autorizaciones y dificultad para lograr alguna cita con los ginecólogos de la red de prestadores que tienen las EPS-C y los recursos que tuvieron que utilizar para que les autorizaran los procedimientos:

“Después, el médico general me dio la orden, pero la orden no estaba autorizada, entonces cuando yo fui y pasé la orden y me dijeron que la tenía que dejar ahí, que se demoraba de 8 a 10 días la autorización, que fuera el miércoles o jueves de la próxima semana. Cuando fui, me dijeron que ellos no contaban con ese recurso todavía, no tenía contrato con ningún Ginecólogo, ellos tienen contratos como con diferentes IPS y no tenían quien hicieran esos procedimientos, que tenían muchos procedimientos parados debido a eso. Entonces yo estuve llamando, llamando y llamando a autorizaciones pues porque ellos eran los que se me quedaron con la orden y yo les decía pues que Coomeva era muy grande, que si ellos como EPS no lo tenían pues que trasladaran a otra IPS donde sí lo tuvieran, pero entonces me dijeron que así no se podía, que tenía que hablar con la auditora, la auditora solo atiende los martes, miércoles y los viernes y yo estaba trabajando ya en ese momento y sólo atendía de 8 de la mañana a 10 de la mañana. Varias veces le tocó ir a mi mamá a hacerme el favor para que me autorizaran y pues la auditora lo único que decía era: “pues lo vamos a pasar a Sala SIP”. La sala SIP es como la central de Coomeva porque Colsalud es

aparte y ahí me dijeron que eso no era con ellos y me devolvían acá y así me tuvieron como más de un mes” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

Otras de las mujeres que migraron al régimen contributivo manifestaban la dificultad para acceder hasta a las citologías de control. Referían más trámites y obstáculos nunca vividos por ellas cuando consultaban en la red pública:

“Acá supuestamente cada 3 meses te dan un control, me vieron el 13 de enero y apenas hoy me dicen: “deje su teléfono y hasta 20 días hábiles la llamamos para darle la cita” para continuar con el control y al Citología es de lunes a viernes de 7 a 3 de la tarde. Además primero pasas con el médico general y que él te pase con el Ginecólogo y que el Ginecólogo te mande la Citología. Y ahí en esos procesos son 3 o 4 meses” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

Las mujeres que **estaban aseguradas en otros municipios**, manifestaron obstáculos para acceder al servicio y referían que el acceso estaba condicionado a la actualización del municipio de residencia. Ellas manifestaron que habían realizado el trámite ante las EPS-S, pero ellos no habían gestionado la novedad y por esta razón no podían acceder a los servicios en el municipio donde se habían trasladado:

“Fue un poco complicado porque primero, o sea cuando fui, el traslado no estaba actualizado, yo lo había hecho como hacía dos o tres meses atrás, había hecho el traslado de Pereira aquí a Cali y cuando me fui a tomar la citología no estaba vigente, o sea, todavía no estaba acá. Y también a veces uno no tiene el carnet allí a la mano y por eso no lo atienden a uno, no debería ser así, debería estar la salud por encima, no de un papel, porque si uno no tiene el carnet, sencillamente le dicen que no, no debería ser así, debería estar la salud por encima de cualquier cosa, que si no mandan el traslado de allá no lo atienden a uno, como me tocó a mí.” (Mujer 34 años entrevista realizada 01.04.15).

Las mujeres también **manifestaron diferencia en el abordaje clínico** que daban algunos médicos. Esto se hacía evidente cuando las mujeres pasaban de la IPS donde realizaron la Colposcopia al centro o puesto de salud donde continuaban el manejo por Medicina General, ya que les daban una orientación diferente a la conducta definida por los Ginecólogos:

“Es que ellos dijeron que como ya salió buena que no había necesidad de los 6 meses sino que ya al año, ya me lo dijo fue el médico del puesto de salud de Montebello, o sea, yo le llevé la citología que salió buena y dijo: “ya no hay necesidad de que se la haga cada 6 meses sino que es cada año”, entonces yo al año ya volví que fue esta y esta fue la que me salió sin leyenda, sin contenido” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

Esta falta de unificación de criterios entre el personal de salud que está a cargo de la atención de las mujeres hizo que en varios casos estas mujeres no hicieran el seguimiento necesario para dejar en observación durante algún periodo de tiempo estas lesiones:

“De hecho ese día me hicieron la cauterizaciones y me mandaron para la casa sin resultados y sin nada, no sé, yo le pregunté: “¿Hay algo que me deba llevar?” y me dijo: “no, ya está lista, ya siga haciéndose la citología cada año”. Cada año me dijo él, cada seis meses me dijo la del centro de salud, ella me dijo que era cada 3 meses, pero que si me ponían problema entonces cada 6

meses, pero no cada año” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

Esta falta de unificación de criterios entre el personal de salud también está presente en algunos médicos especialistas a los que direccionaban las mujeres para que les realizaran la criocauterización con Ácido Tricloro Acético “ATA al 85%” para el manejo de lesiones asociadas a la presencia del Virus del Papiloma Humano VPH. Una mujer manifestó que el Ginecólogo al que direccionaron y que la atendió en otro hospital, le explicó que este procedimiento no era efectivo y dejó a su consideración la realización de este procedimiento:

Él no me las hizo, yo saque la cita y todo; y yo no fui fue porque él me dijo a mí que eso no servía para nada, que porque eso era un experimento, que eso estaba apenas en proceso, que eso no certificaba que quitara la enfermedad no, que eso estaba en proceso, que eso era experimental y las mujeres que se la hacían era porque estaban experimentando con ellas, que en si no había llegado a servir para quitar eso, que yo vería si me lo hacía. Que yo ya había visto las colas que me tocaba hacer allá, que yo ya había visto todas las vueltas que me tocaba hacer, la perderá de tiempo, que yo vería si me lo hacía pero que eso igual se quitaba solo. Entonces como él me dijo que eso se quitaba con el tiempo que eso se quitaba solo, que más era la plata que yo me iba a gastar en pasajes por allá y todo, que eso se me quitaba con el tiempo; si él me dijo que yo tomaba la decisión, que igual él me iba a mandar eso para que después no diga que uno no le manda eso, pero igual eso no sirve” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

Otras mujeres también manifestaron su inconformidad por los cambios de médico tratante ya que consideraban que este cambio les hacía perder la **continuidad en el tratamiento** algunas mujeres referirían estas situaciones como:

“Pues allí se rumoraba que el doctor se había retirado por falta de pago, que porque le debían como 6 meses de sueldo, entonces que él ya no iba a trabajar más; fue lo que se rumoró en ese momento en la sala de espera. Después como en la tercera cauterización nos cambiaron a otro doctor, por el mismo motivo de que el primero ya no iba a volver, bueno ese doctor nos hizo como dos y de allí ya llegó otro doctor; y con este doctor me tocó a mí estar como con 5 aprendices” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Las mujeres expresaban que el hecho de lograr asegurarse a alguna EPS del régimen subsidiado les facilitaba en acceso al diagnóstico, pero a su vez reconocían inconformidad por el **mal direccionamiento** que les daban en algunas ocasiones y los múltiples trámites que debían realizar para acceder a los servicios. Relataban situaciones como:

“El descuido fue en el joven que me mandó ese medicamento y que me dijo que con eso tenía y que ya no necesitaba más nada, y que dentro de un año me podría hacer la citología otra vez tranquilamente, entonces con eso yo me confié, porque yo nunca he tenido problemas en la citología ni nunca he sufrido de flujo, ni mis menstruaciones han sido dolorosas ni nada” (Mujer 37 años entrevista realizada 04.03.15).

“En estos momentos yo quedo muy triste porque desde que empecé mi embarazo han sido muchas vueltas, vueltas tras vueltas, que tiene que ir para allá, que tiene que hablar con yo no sé quién y nadie da una respuesta lógica a una solución, que no es inmediata pero nadie da una solución lógica con la que uno pueda decir que quedó satisfecho con la solución. No, siempre es una cosa diferente, un hospital diferente, una persona diferente, un examen diferente, que la facturación, que si no tiene carnet, que con la carta no lo atienden, o sea, ni siquiera se ponen de

acuerdo para dar la información: unos dicen que sí se puede con la carta y otros que no, que se necesita el carnet y así lo mantienen a uno, volteando y es imagínese, ya han pasado 9 meses desde mi citología y ya 9 meses después ¿quién responde? Son 9 meses que ya uno habría podido hacer algo” (Mujer 17 años entrevista realizada 06.11.14).

Cuando las mujeres habían culminado su etapa diagnóstica, los Ginecólogos definían como conducta controles Citológicos cada 4 o 6 meses. Cuando las mujeres acudían posteriormente a los puestos de salud a realizarse **las Citologías de control encontraban barreras** para facturar el servicio, pues aparecían reportadas con una Citología reciente y referían situaciones como:

“Yo fui en enero y fui hace ocho días y no habían citas y ahí fue cuando ya fui al puesto de salud Las Ceibas para que me sacaran, porque ya me tocaba la de enero y ella me dijo que no, que si no tenía la orden no. Yo pienso que me la sacaron fue por la muchacha que las toma, porque en la caja me dijeron que no. Que si no tenía la orden no, que no hacía mucho me habían sacado una, que por qué tantas de seguido. Allá me dijeron que tengo que tener la orden del Ginecólogo, pero con el Ginecólogo es muy difícil sacar esa cita” (Mujer 32 años entrevista realizada 08.03.15).

5.4.3.2 Creencias y mitos

Respecto a lo que representa culturalmente para las mujeres el uso de los servicios de salud, los relatos que se detallan a continuación, ofrecen un panorama de lo que significa para las mujeres hacerse la Citología Cérvico Uterina:

“Para mí la Citología significa mucho porque es algo muy importante que nos puede evitar enfermedades como el cáncer y como otras enfermedades venéreas que existen. Yo siempre la he tenido clara, que yo tengo que cuidar mi cuerpo y tengo que quererme yo misma y cuidar de mi salud porque si yo no lo hago, pues nadie lo va hacer por mí” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“Pues es parte muy importante de la feminidad, es algo que no se puede dejar de hacer, es algo muy importante y es uno de los exámenes que uno no puede dejar pasar, eso es la Citología para mí” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“No sé qué tan cierto sea eso que dicen que si uno tiene familia que haya tenido cáncer es más fácil que le de a uno también y yo por cierto tengo muchos familiares que ya han muerto por cáncer y quizás por eso tenía que estar muy pendiente, practicándome mis exámenes” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“Pues ese día fue penoso, pues porque a mí siempre me criaron con ese cierto respeto por mi cuerpo y eso, no, y entonces a mí me daba pena ir a hacerme una Citología, pues para mostrarle mis partes íntimas a otra persona” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Las creencias acerca de las anormalidades detectadas, se centran en las mujeres, sobre todo en el temor que tienen al cáncer y lo que para ellas representa padecer esta enfermedad:

“No pues yo con esa angustia, que ira a salir, ira pasar, porque yo si le tengo mucho miedo a un cáncer, yo he conocido gente que ha tenido cáncer y se ha muerto y sea muerto más rápido que las personas que tienen SIDA, no pues yo atemorizada, pero yo confié en Dios, yo dije encima de mi Dios no hay nadie” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“Cuando ella me dijo: “su Citología salió mal, tiene que ponerse juiciosa porque lo que viene es un proceso largo, pero tiene que hacerlo porque de pronto le puede dar cáncer”, entonces yo claro, sí alcancé a preocuparme, cuando yo venía, como siempre me tocaba venir sola, yo venía pensando: Ehh, yo con cáncer, no puede ser. Pero la niña me explicó: “no estoy diciendo que tenga cáncer, pero pues hay que descartar” y sí, se me pasaron muchas cosas por la cabeza, obvio, las niñas, yo dije: Dios mío, no puede ser” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

“Incluso yo decía yo me tengo que preparar porque yo puedo llegar allá y a mi pueden detectar un cáncer, esa era la idea que me pasaba por la mente” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

Otras mujeres al momento de haber sido informadas que su Citología estaba alterada, inmediatamente lo asociaron con otros antecedentes Ginecológicos:

“Pues yo me imaginaba de todo, pues más que todo por el hecho de como yo sufro de ovarios poliquísticos, entonces yo dije: ¿qué me habrá dado ya? Porque he sufrido mucho de las hormonas, del periodo y todo eso. Ah y como antes tenía un diagnóstico de Papiloma pues más me preocupé, entonces dije: “Aquí fue, es cáncer” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

“Yo me azaré ¿sabe por qué? Porque yo ya he visto cantidad de personas que se han muerto de lo mismo y no les da tiempo de nada; entonces eso si me azará a mí me atacaron como los nervios... esa si es la verdad” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

Durante las entrevistas, las mujeres indicaron el manejo alternativo que dieron a sus lesiones y refirieron el uso de remedios caseros, plantas medicinales y otros elementos naturales utilizados culturalmente para el manejo de los padecimientos Ginecológicos:

“A mí me recomendaron tomarme la penca de sábila con miel de abeja, sábila con miel de abeja y mi mamá me lo hizo y le hechó un matisal para eliminar las células muertas. Yo estuve investigando en internet y la cantidad de gente que dice eso lo mismo y si... yo me hice todas esas cosas” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

Las mujeres también referenciaban la duda que les generaba el hecho que las Citologías tomadas anteriormente, siempre les resultaban como negativas, y les causaba curiosidad el hecho que estas lesiones se hubiesen manifestado recientemente o si ya tenían la enfermedad, pero nunca antes habían sido detectada en las Citologías:

“Pero yo todavía tengo miedo que vaya a volverme a repetir, eso es lo que me da miedo, o sea, de lo demás todo me pareció bien, porque igual yo me había hecho la Citología el año anterior a cuando me salió eso, y todas las que me había hecho me salían bien, cada año me salía bien por eso yo no me preocupaba” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

Las mujeres que tenían antecedentes familiares de cáncer, expresaban un temor mayor, pues ya habían experimentado con sus familiares el hecho de desarrollar un cáncer:

“Yo decía que ojala no fuera a salir eso cancerígeno o algo así, ese era pues como el temor que yo sentía, que de pronto eso se me fuera convertir en un cáncer, porque pues aquí en mi familia ya hay personas con cáncer, no de útero, pero pues entonces esa era el temor de mi mamá y mío de que fuera un cáncer” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Otras mujeres fundamentaban sus temores en lo que podían leer y captar de la

información disponible en internet, pues en la búsqueda de respuestas, consultaban esta herramienta que en muchas ocasiones las desorientaba a cerca de su proceso:

“Miedo, yo realmente no sabía qué tenía, yo no sabía si eso era un cáncer, si era algo contagioso, si se iba a curar o no, si podía seguir teniendo relaciones o no, no sabía nada, o sea, yo solo buscaba por internet y era lo que leía en internet” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

5.4.3.3 Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito

Las mujeres durante las entrevistas relataban momentos de la atención en los que recibían orientaciones de parte de algún miembro del equipo de salud que les generaba desconfianza. Los aspectos a los que hicieron referencia son:

“Me sentí muy incómoda por eso y con el servicio de Comfandi me siento engañada porque allá nadie fue capaz de decirme en ningún momento, mire póngase pilas que usted tiene esto o tiene aquello ya, entonces inclusive yo me hice tomar un frotis vaginal porque yo si me empecé a sentir en algún tiempo un olor desagradable, sobre todo cuando tenía la relación sexual, ese olor yo no lo soportaba, era un olor asqueroso. Entonces yo fui allá y le comente a un médico a una doctora yo le dije doctora yo siento un olor fétido cuando después que tengo la relación sexual y yo quisiera saber porque es esto. Ella a mí ni siquiera me dijo es por esto o es por aquello, nada, absolutamente nada en el Comfandi si sentí que los servicio es muy malo, pésimo” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

Otras mujeres manifestaban que el tiempo durante la consulta es muy escaso para que los profesionales puedan analizar el caso y brindar una solución ajustada a las necesidades de las mujeres. Estas fueron las situaciones que se encontraron en las entrevistas:

“Él no tuvo ni siquiera el tiempo de mirar el papel, como le digo el papel lo llenaron las auxiliares, él en ningún momento lo miro para nada, ni los exámenes, ni nada, decía a no así por encima es que usted no tiene nada, no tiene nada” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“Cuando me las hacían en Coomeva porque mi papá cuando era menor de edad, él me tenía afiliada a Coomeva, ahí fue donde el doctor incluso el doctor me llevo a revisar pues y él me dijo una vez es que tú tienes una inflamación bueno me mando medicamento pero igual siempre he tenido una inflamación, siempre les digo que tengo una inflamación que tengo esto tengo lo otro y todo sigue igual, siempre sigue igual, hasta ahorita no he sabido ni siquiera qué hacer con la inflamación, siempre que voy a tener relaciones es un proceso porque el dolor es...” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

Otras mujeres manifestaban su descontento por ser atendido por estudiantes ya que percibían que el personal no estaba lo suficientemente entrenado para enfrentarse a realizar este tipo de procedimientos:

“A mí me la hizo una muchacha, que es más, me pareció que todavía no estaba como preparada para hacerme la criocauterización, porque primero que todo no sabía cómo introducir el espejito si abierto o cerrado, segundo fue muy brusca para hacer el proceso, y a la hora sacarme el espejito, lo iba a sacar sin haberlo sacado el cosito; entonces el médico le dijo si era que era que ella no había estudiado como era que se manejaba un espejito. Claro yo sentí más dolor, porque ósea la muchacha de los mismos nervios fue brusca conmigo” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

5.4.3.4 Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud

Las mujeres manifestaron situaciones en las que les daba pena consultar los servicios de salud, ya que pensaban que iban a ser señaladas por tener enfermedades que se podían haber transmitido sexualmente y que se manifestaban clínicamente a través de las lesiones por la presencia del VPH:

“Yo creo, porque ya en cierto punto yo sentía pena, que me dijera que era por transmisión, entonces pues eso da algo de vergüenza, pero pues de todas formas yo pienso que tengo que estar bien para mí misma, entonces empecé a hacerme todo el tratamiento” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

5.4.3.5 Incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud

Las mujeres describían situaciones incómodas que vivenciaron con algunos miembros del equipo de salud con los que tuvieron contacto en los hospitales a los que fueron direccionados:

“Pues los médicos bien, a mí lo que no me gusta es cuando uno va a sacar la cita, los funcionarios que le dan las citas a uno es como si uno les fuera a pedir pues que le regale, son como déspotas a veces, eso no me gusta. A veces uno les habla y es como si no les estuviera hablando nadie y se supone que ellos están para orientarlo a uno, pero pues me imagino que ellos tienen ese estrés de tanta gente, es entendible, pero ese es el trabajo de ellos” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

En algunas ocasiones las mujeres percibían rechazo por parte de los miembros del equipo de salud y manifestaron esta vivencia de la siguiente manera:

“La cuestión con los doctores, que como te digo ósea, el día que están de buen genio bien te tratan bien y el día que no, o hay veces tratan de tomarlo a uno como tan indiferente, como que ellos son más que uno, ósea por mucho estudio o no estudio somos iguales ante los ojos de Dios, entonces es más que todo como eso, lo que me ha pasado hasta ahora, que uno siente como el rechazo” (Mujer 21 años entrevista realizada 27.03.15).

5.4.3.6 Imaginario sobre los procedimientos diagnósticos recomendados

Las mujeres describían lo que para ellas representaban los procedimientos que les habían recomendado los médicos, a continuación se detallan relatos en los que las mujeres hacían la consulta en internet y el tipo de información que asimilaban:

“Yo si investigue en internet, porque a mí me hablaron mucho del papiloma humano y yo ¿pero cómo así? si yo ya llevaba dos inyecciones contra el papiloma humano, en el colegio me las aplicaron, pero yo no sabía que ya estaba así con el problema, entonces yo investigue y me dijeron que, en internet aparecía que le dan a uno laceraciones escamosas en el interior del útero y se pueden presentar algunas bolitas en las paredes de la vagina, entonces yo ya me preocupe” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Otras mujeres no dimensionaban el alcance del procedimiento recomendado para el diagnóstico, relataron que justo cuando les iban a hacer la Colposcopia, fue que entendieron la magnitud del procedimiento y el tipo de cuidados posteriores que debían tener:

“Pero no me dijeron que fuera con acompañante ni nada y había que ir con acompañante. Yo entré y el médico me dijo: “vamos a hacer esto”, cuando yo veo que el microscopio, que una cosa para succión, que yo no sé qué, y la enfermera que lo estaba asistiendo me dijo: “cálmese, que le va doler” y yo: “ay dios mío, aquí fue” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

Otras mujeres que habían completado el diagnóstico, fueron direccionadas por los Ginecólogos para que se realizaran Criocauterizaciones con Ácido Tricloro Acético “ATA” como medida terapéutica para las lesiones asociadas a la presencia del Virus del Papiloma Humano VPH, y esto era lo que las mujeres se imaginaban cuando les recomendaron el procedimiento:

“Yo pensé que era que le sacaban a uno el útero, o sea, más o menos lo que yo entendí es que se lo quemaban con algo y él me dijo que era que lo quemaban en frío, o sea, que le hacían unas cauterizaciones pero que eso se quemaba en frío como con hielo, no sé” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

La falta de información previa a la realización del procedimiento, en algunas ocasiones hizo que las mujeres no entendieran que la Colposcopia incluía la toma de muestras de tejido que serían enviadas al laboratorio para el análisis Histológico de las células:

“La verdad yo entre con un susto impresionante porque yo, escuchaba que la Colposcopia que la Colposcopia, pero yo me vine a dar cuenta lo de la biopsia cuando me hicieron facturar que hay decía Colposcopia y no sé qué más biopsia y yo decía una biopsia y yo decía como será una biopsia yo entre con un susto impresionante” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

5.4.3.7 Estigma social por el resultado

Las mujeres daban cuenta de lo que para ellas representaba, que las personas de su alrededor se dieran cuenta de su diagnóstico y el tratamiento que estaban recibiendo para sus lesiones. Estas fueron algunas referencias que hicieron durante las entrevistas relacionadas con su privacidad y el manejo que dieron a este proceso:

“Cuando yo salí de allá, yo salí con miedo de decirle a alguien y solo se lo compartí a mi hermana, pero sí salí como con pena, con miedo, como pensando que ahora todo el mundo se iba a dar cuenta, pero ya después me porté como muy normal” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

Otras mujeres temían que pudieran ser sujetos de señalamiento, pues el tema del Virus del Papiloma Humano, no es un tema muy conocido por la mayoría de la población

“Pues vos sabes que los que no tienen conocimiento de que es un LEIBG, de que es un papiloma humano, entonces ya lo va a tildar a uno de esta ya tiene un SIDA, tiene un Cáncer, entonces con esta no podemos andar, a esta no nos podemos acercar, ¿si me entiendes? entonces si la gente no tiene conocimiento de que es una enfermedad de transmisión sexual o de que es un cáncer o esto, siempre va a ver discriminación hacia a las mujeres” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Otras mujeres fundamentaron su temor de acuerdo a la información que le

brindaron algunos funcionarios de los hospitales y centros de salud en los que consultaban. Esta orientación en algunos casos fue descalificada por las mujeres pues no se brindaba en un ambiente de privacidad:

“En mi caso yo me sentí mal, que la señora me dijera, usted tiene esto y esto porque usted se acostó con un cochino, porque los hombres son unos cochinos todos son unos cochinos, entonces que hace uno mirar a su alrededor quien lo está viendo a uno y eso está feo, empieza que eso sea privado, de nosotras que sea de cada una de nosotras, que no sea en público” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

“El miedo a que mi familia se diera cuenta al principio era que yo tuviera un cáncer y que tuvieran lástima, ese era el miedo mío” (Mujer 37 años entrevista realizada 04.03.15).

Las mujeres también referían como la falta de conocimientos sobre el tema incidía en su relación de pareja y en el desenvolvimiento con su entorno, ya que alrededor del tema del cáncer de cuello uterino, ellas percibían amplios vacíos de conocimiento por parte de la mayoría de población:

“Uno dice: me siento sola por el Estado, porque no encuentro apoyo en mi proceso de salud y fuera de eso, psicológicamente porque cuando a uno le hablan que del Papiloma y que pasaste de un NIC 1 a uno, dos y tres y ya pasas a lesión cancerígena, con todo eso a ti la cabeza se te vuelve inmensa, entonces yo creo que debería haber también un acompañamiento Psicológico, porque eso acaba con hogares y como pareja. Y muchas veces la mujer de pronto también puede ser una barrera porque ella dice: yo cómo explico en mi casa que me salió eso, qué van a pensar, que soy infiel; por la misma sociedad suelen como echarle la culpa, como estigmatizar a las mujeres y ese no es el origen” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

5.4.3.8 Diferencias entre la concepción de la práctica médica y tratamiento prescrito

Los relatos dan cuenta de diferencias en el tratamiento y abordaje prescrito por los diferentes especialistas con los que tienen contacto a lo largo de su tránsito por los servicios de salud a los que las direccionan:

“Según lo que yo entendí cuando me entregaron la Citología, era que eso era de seguimiento y yo creí que iba a ser así, que me iban a decir que fuera a control en tantos meses con el Ginecólogo, yo creí que era así, por después de ese día que yo salí de que me hicieran las cauterizaciones, yo no volví a saber nada, o sea, yo me he hecho la Citología por prevención, pues porque yo quedé con miedo” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

Una mujer fue contactada por parte de un Hospital para que le realizaran el cono cervical en una jornada de atención masiva. Esta jornada no fue aceptada por la mujer ya que consideraba que no estaba preparada para acudir a un procedimiento que era anunciado con menos de un día de anticipación:

“En el hospital Isaías Duarte Cancino y a mí me parecer ese lugar muy peligroso, empezando por ahí y que iban a hacer una jornada para todas las mujeres que tenían la Conización pendiente y la verdad no la quise realizar, empezando porque el lugar me parece peligroso y segundo porque eso como que así a la carrera, como improvisado no me gusta, por eso no la realicé” (Mujer 30 años entrevista realizada 19.03.15).

Una mujer fundamentada en la lectura que habían realizado en internet relacionado con las lesiones reportadas en la biopsia, se atrevió a poner en discusión el tratamiento prescrito por un Ginecólogo. En la referencia que se detalla a continuación, la mujer logró que una falla en la elección del método de tratamiento fuera conocido por otro Ginecólogo y que se orientara correctamente su tratamiento, pues la profesional había ordenado una Conización cervical y el manejo clínico que se dan a las mujeres con reportes de Lesiones de Bajo Grado y VPH es la criocauterización. Este relato da cuenta de la minimización de la brecha de conocimientos que tienen ahora los pacientes, pues con el internet tienen acceso a todo tipo de información que en años anteriores solo estaba concentrada en los médicos y que nunca era discutida por el paciente.

“Ese día me pasaron con una Ginecóloga porque el Ginecólogo que me hizo la Biopsia no estaba, entonces me pasaron con ella y ella me dijo que me iban a hacer una Conización, que tenía que volver a sacar una cita pa’ ver pa’ cuando me la daban, pa’ cuando me hacían eso, entonces yo dije: tan raro. Yo saqué la cita, creo que me la dieron para los 15 días, y después me vine para la casa a averiguar qué era lo que me había salido y por qué y cuál era el procedimiento” (Mujer 32 años entrevista realizada 08.03.15).

5.4.3.9 Seguimiento por parte del equipo de salud

Respecto a los programas con los que cuentan los Hospitales para el manejo integral de los pacientes y el seguimiento que puedan realizar las aseguradoras y los prestadores, las mujeres ofrecieron argumentos que varían entre casos en los que se sintieron acompañados por parte de los funcionarios de los centros de salud, hasta casos en los que percibían abandono por parte del estado:

“Yo digo que algo muy bueno que dio resultado fue la atención de ellos, del puesto de salud, de la agilidad de ellos de llamarlo a uno, de ellos mismos ayudarlo a uno a adquirir la cita en los Hospitales, de ellos mismos después de todo el procedimiento ahí mismo me llamaron a preguntar cómo iba el seguimiento del tratamiento, me llamaron en varias ocasiones: “¿cómo va?, ¿si la atendieron?, ¿qué le dijeron?, ¿cuándo le dan el resultado?” y cuando me lo dieron como a los dos días me llamaron: “¿cómo le fue, qué le dijeron, qué le van a hacer?”, todo, hasta lo último ellos me llamaron. Yo fui al puesto de salud y ellos completan la historia, todo, por eso te digo que ellos mantienen muy pendientes de los usuarios. Eso lo anima a uno, ahí es donde uno ve que hay personas que están interesadas, o sea, interesadas en el sentido del bienestar de uno porque fueran otras personas ni llaman ni le preguntan a uno ni nada; no, ellas no, ellas me llaman y “vea se le pasó la fecha” (Mujer 35 años entrevista realizada 25.03.15).

“El único seguimiento fue cuando estaba en embarazo y porque yo fui a control y eso; pero de allí para allá que yo tenga una llamada del puesto de salud que me diga cómo vas, como te has sentido, porque no has vuelto, mira que aquí te enviaron un examen y mira que hoy es tal fecha ha pasado tanto tiempo, queremos saber porque no has venido, de pronto otro control, que ha pasado con tus exámenes, no eso nunca” (Mujer 21 años entrevista realizada 27.03.15).

Algunas mujeres resaltaban la atención de las personas encargadas de la toma de las Citologías en los puestos de salud, pues se hacían a cargo de estos casos, y cuando se realizaban las Citologías de control, ellas solicitaban al laboratorio de referencia que estas laminas fueran examinadas por los Patólogos a fin de estar completamente seguros que las lesiones no habían reaparecido:

“La que saca las Citologías fue la que me colaboró mucho porque ella fue la que dijo: “tenemos que sacársela, porque no sabemos”, entonces ella me colaboró mucho, inclusive me la hizo leer de no sé quién para ver cómo estaba” (Mujer 32 años entrevista realizada 08.03.15).

“Por ejemplo con Amparo ya tenemos confianza, a uno no le da pena ya con ella y ella toma las Citologías muy bien, entonces fuimos con mi hermana donde ella para hacernos la Citología y ella nos la llevó a la casa” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Durante las entrevistas las mujeres dejaban de manifiesto la dificultad para continuar con los controles Citológicos ordenados por los Ginecólogos. Las mujeres que podían realizar estos exámenes con la frecuencia sugerida en los Hospitales, asociaban esta situación al acompañamiento brindado por los funcionarios de PyP que conocían su caso y a los que acudían cuando en la caja no les permitían facturar las Citologías:

“Ella si me explico que con esto me la hacían, que apenas ellos leyeran esto, me la tenían que hacer, entonces yo fui le dije la doctora que yo venía para hacer una Citología, entonces ella miro en la base de datos y me dijo es que tú te la hiciste recientemente hace poquito, entonces yo le dije sí, pero lo que pasa es que yo tengo esto y este problema, ella me dijo entonces vamos hablar con la doctora Adelaida para que ella te autorice la Citología; entonces yo fui y la doctora le subrayo eso y ya ella me hizo la citología; me dijo que porque si no hay una autorización o algo allá en el laboratorio te la rechazan, porque tú ya te la hiciste; entonces pero igual me la hicieron, pero no me salió así como las entregan normal sino que me dieron esta mera hojita” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

Las mujeres resaltaron en todo momento la importancia del seguimiento y acompañamiento como herramienta para que las mujeres terminaran u etapa diagnostica y para que continuaran cumpliendo las indicaciones médicas:

“Si por ejemplo a uno le sale eso negativo y si uno se olvida, pero lo llaman entonces bueno usted ya dice: hay que ir, porque si a uno lo están llamando es porque es algo importante, ese seguimiento a mí me parece muy vital para el proceso, porque también uno se siente acompañando, o sea, ahí uno puede preguntar y ahora qué se debe hacer, porque también hay mucha gente que no sabe que tiene que hacer o que le da pena preguntar o que definitivamente no puede o no sale o algo, entonces ese seguimiento es bueno” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

Otras mujeres resaltaron que el único seguimiento del cual habían sido sujeto, fue el realizado por la investigadora, pues desde otra institución nunca habían sido contactadas ni se habían sentido acompañadas por nadie más durante este proceso:

“Una sola vez me llamaron y creo que fue usted para ver qué había pasado, de resto nadie, nadie que diga “vamos a mirar qué pasó o dónde está” nada, a mí no nunca nadie me llamó” (Mujer 32 años entrevista realizada 08.03.15).

“Uno como que siente la obligación de cumplir la cita, porque ya uno dice: ella va a llamar y ¿qué le digo? (risas). Pero yo muchas veces no es que no vaya por pereza, sino por la situación, las niñas están pequeñas y no las puedo dejar solas y allá no dejan entrar con niños” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

“Lo chévere fue que tú me llamaste, que me guiaste, de que imagínate hoy domingo y estas aquí y es como lo único que uno puede decir que chévere , incluso yo les decía a mis primas, chévere porque imagínate la Citología y me salió buena y mira que esta muchacha llega y me llama, no pues gracias a Dios, yo no sé para que será ese examen pero yo me lo voy hacer, si ella me llama yo tengo que aprovechar yo voy y me lo hago, es como lo único” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

Respecto a la aceptabilidad de los servicios, algunas mujeres reconocían la necesidad de acudir a exámenes y consultas pero también describían los motivos por los cuales **abandonaron su proceso de atención** y dieron prioridad a otros asuntos personales y familiares, los relatos obtenidos dan cuenta de situaciones como:

“Se interponía que el papá de las niñas ya estaba acá y si yo salía pues él se enojaba y si me iba igual tenía que dejar haciendo almuerzo, llevando a las niñas al colegio, entonces era más el tiempo que perdía en la casa y no me alcanzaba para hacer las vueltas; entonces yo por evitar todo eso, lo dejé así” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

5.4.4 CONTACTO

La cuarta categoría del modelo de Tanahashi tiene en cuenta el Contacto que se define como las personas que finalmente utilizaron los servicios. En las entrevistas se exploraron factores que favorecieron la utilización de los servicios de salud por parte de la población observada, las mujeres enunciaron los siguientes aspectos que se detallan de acuerdo a las subcategorías:

5.4.4.1 Acompañamiento de familia o personas cercanas durante el proceso

Se encuentran situaciones que favorecieron el contacto con los servicios, mediados por el hecho de contar con un familiar o persona que las acompañara a las citas médicas, procedimientos y trámites que debieron realizar, los relatos dan cuenta de lo siguiente:

“Eso es vital para que una persona termine el proceso, porque a veces a uno le da desánimos, uno dice, de pronto esto no sirve para nada, esto no va hacer que yo vuelva a estar sana, entonces siempre tiene que haber una persona que le diga a uno camine que si le mandaron es porque funciona, camine vamos, siempre tiene que haber alguien que lo esté empujando a uno hacer las cosas” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

“Pues yo fui sola, tenía un poco de temor, pues como yo había discutido con mi pareja y él no me quiso acompañar; pues igual yo fui sola porque me lo tenía que hacer y pues quien más si uno mismo no está pendiente de lo de uno. Tenía un poco de temor yo estaba nerviosa y todo porque pensé que iba a doler, entonces tenía un poco de temor”. (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“Pues yo me imaginaba que tenía cáncer en la matriz y yo no les decía nada a mis hijos acá en la casa, sí les dije qué me habían hecho, pero yo lloraba sola y yo decía: ¿será que tengo cáncer en la matriz? Pero yo sí les dije a mis hijos que si tenía algo yo me la hacía sacar y ellos dijeron que sí.” (Mujer 47 años entrevista realizada 08.11.14).

“Mi hija, como es enfermera, ella trabaja en la Versalles y ella me dijo: “mami, hagámosle rápido,

porque entre más rápido mucho mejor” y ella pidió permiso para acompañarme allá” (Mujer 42 años entrevista realizada 12.03.15).

“En esos días que me hice eso, el papá de las niñas estaba, entonces él se quedó con las niñas y yo como siempre me ha tocado sola en eso, me fui sola, siempre me he ido sola, mejor dicho y no me demoraron mucho” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

5.4.4.2 Cuestionamientos por el origen de la enfermedad

Las mujeres describieron como el desconocimiento a cerca de este tipo de enfermedad fue un factor presente en el proceso que tuvieron que vivir con sus parejas y las consecuencias para ellas y para su sexualidad:

“Pues hasta mi esposo estaba un poco raro conmigo porque como el internet dijo eso, pues él me empezó a echar la culpa a mí y ya cuando fuimos a donde el Doctor Rosero, el doctor le dijo a él que eso era por el rol de nosotras las mujeres, entonces allí ya se quedó callado” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“Horrible, yo no sabía qué era porque nunca me había salido eso. Pues yo sí había escuchado algo pero no tenía conocimiento bien de qué era, yo sí sabía que era un virus, pero no pensaba que iba a afectar a mí. Yo averigüé por internet, y allí decía que se trataba de virus por transmisión sexual, por tener varias parejas, que cuando le salía así era que el virus ya estaba desde hace tiempo y pues empecé a calcular más o menos el tiempo y pues supe que era eso, por un pareja” (Mujer 25 años entrevista realizada 08.11.14).

“Él me dijo que ya estaba bien, pero igual yo tengo miedo que de pronto pueda tener y que en esas Citologías no salga, porque mi mamá murió de cáncer. Ella tenía cáncer en la matriz, primero se lo cauterizaron y duró un poco de años y después le detectaron cáncer, o sean ella se hacía las Citologías pero no le salía nada, ella estuvo harto tiempo haciéndose las Citologías y no les salía nada, cuando a los años ella empezó con un flujo fétido y le hicieron otro examen y ahí le salió que ya tenía cáncer pero ya no tenía cura, ya estaba invadida y se murió como al mes.” (Mujer 46 años entrevista realizada 31.03.15).

5.4.4.3 Percepción de la atención como de mala calidad

Los relatos dan cuenta de momentos durante la atención en los que el equipo de salud, no brindaba la atención que las mujeres esperaban recibir, estos fueron algunas de las situaciones mencionadas por las mujeres:

“Entré y el procedimiento se demoró unos 20 minutos creo y no me gustó como el Ginecólogo me atendió porque fue un poco duro y un poco tosco; yo lo sentía como desconsiderado porque la verdad es un procedimiento doloroso. Él decía: “relájese, eso no le duele, todas pasan por aquí mismo, usted nada más que es una floja”, o sea, esas fueron las palabras de él y yo le decía que si ya iba a terminar, que me dolía, que despacio y no, era como si nada, fue un poco grosero, me dijo que era una floja, que dejara de quejarme me dijo en varias ocasiones. El Ginecólogo, vuelvo a repetir lo mismo, fue desconsiderado y me puso anestesia y el cuerpo mío no cogía la anestesia y yo le pedía el favor que me aplicara más anestesia y se negó, porque si mi cuerpo no cogía la anestesia que me habían puesto era porque necesitaba más y él se negó y fue algo terrible, muy doloroso” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“El doctor me decía vaya y cámbiese póngase la batola y siéntese en la camilla, cuando de un momento entraban por la otra puerta los aprendices, y a mi esa cauterización en ese momento me la hizo un aprendiz, no me la hizo el doctor. Pues a mí no me parece porque primero que todo, si uno busca intimidación no es la manera para que 5 o 6 personas le estén mirando el cuerpo a uno,

eran 4 hombres y un mujer, y uno se siente incómodo porque ellos son mirando allí, como entre ellos diciendo cosas, entonces no se siente uno bien. Pues yo le dije que si era necesario que ellos estuvieran en las cauterizaciones, el medico no me respondió, yo le pregunte fue a la muchacha que daba las citas, entonces la muchacha me dijo que si era necesario porque era un Hospital Universitario y que ellos necesitaban hacer sus prácticas y que uno no se podía negar, que era como por colaborarles a ellos que uno permitía eso; pero pues a uno en ningún momento le dijeron ¿ve vos quieres que te cojamos como ejemplo para que ellos vean como se hace? no, ellos simplemente iban entrando sin pedir permiso, ni preguntar; ósea a uno no porque pues uno en un Hospital no es como importante no, pienso yo. Nos hubieran dicho bueno hoy van tener aprendices, ¿hoy nos pueden permitir para que nosotros hagamos este procedimiento con ellos, para que ellos vean, para que ellos se guíen en su proceso de aprendizaje? Pero no, ósea el doctor nos llamaba y cuando ya estábamos adentro, por la parte de atrás entraban los estudiantes” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

“Por lo menos ella me hubiera atendido a mí, es que yo digo como negligencia de parte de ella, siendo ella Doctora, viendo ese posible problema conmigo me hubiera atendido, pero no le importó, solo porque no tenía el papel. La verdad no me gusto el trato de ella, porque me dijo ¿aaa no lo trajo, entonces para que vino?, algo así me dijo una frase toda maluca” (Mujer 21 años entrevista realizada 27.03.15).

“No me gustó el día que me hicieron la cauterización porque era un Doctor, pues uno siempre quiere que lo atienda una mujer, y a parte tenía un practicante y era un hombre también y le estaba enseñando ahí con todas las que entraban, esa parte no me gustó. Eso fue allí en la EPS, pero era un muchacho como de unos 22 años o menos, entonces él le decía: “esta es otra paciente con...” y empezó a hablarle de mí y después le mostró cómo me iba a hacer la cauterización, o sea, le estaba enseñando ahí y pues yo creo que eso es algo para lo que ellos deben pedir consentimiento. Tampoco me gustó que me dijera: vístase y váyase y no me dijera: ya terminó, le hicimos esto, esto pasó, ya puede estar tranquila o puede venir dentro de cuanto o saque una cita, nada, él le dijo eso a él, me quemó con algo y me dijo: ya se puede vestir y ya puede salir, pero no me explicó nada, él le estaba era explicando a muchacho, pero a mí no me estaba hablando” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

“Se ve que son gente profesional, eso sí, pues todo mundo tiene que aprender, pero a veces hay mucho aprendiz que se cree médico y a veces el médico le está hablando a uno y ellos meten la cucharada, a mí como paciente no me gusta eso, que ellos escuchen, que ellos observen, que aprendan, claro, obvio, pero que le digan a uno: “¿usted quiere que la niña esté presente?” y ya uno dirá que sí o no. Yo si le pregunté: “¿Doctor, ellas lo hacen? Y él: “No, ellas solo observan”, entonces dije ah sí, porque yo no me dejo hacer nada de nadie, pero no pidieron el consentimiento y una señora dijo que se lo había hecho una muchacha y que le dolió horrible, y yo le dije: usted para que se dejó, si eso se lo tiene que hacer es el médico” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

“Cuando él vino fue que ya me dijo así groseramente que me cambiara; cuando yo me cambie; porque yo le dije a él pues que me explicara y él dijo que esa enfermedad pasaba era por el hombre, que porque el semen hombre yo no sé qué y que yo sé que generaba el semen del hombre y que eso era por él, ósea que no era por mi sino por él. Él estaba allá en ese momentico, entonces él (esposo) le dijo que le explicara porque, entonces el médico le dijo que por el semen que yo sé que, que el semen tiene una bacteria que le da una infección a las mujeres, bueno algo así le dijo; entonces yo le dije a doctor lo que pasa es que me dijeron que yo tengo como una verruga allá dentro, entonces ya fue cuando él me dijo quítese la ropa que yo le voy a mostrar a usted que no tiene nada, entonces “pan” me metió los dedos así a lo salvaje, y me dijo vea usted no tiene nada, donde usted tuviera algo yo lo sentiría allí, pero es que usted no tiene nada. Él vio y no le gusto porque él me lo hizo prácticamente a lo salvaje, porque él me hizo “fun” y de una, y no me examino ni nada, ni utilizo ese espejito, nada, él lo único que hizo fue meterme el dedo y tocar

y decirme que no tenía nada, que yo no tenía una verruga, que yo no tenía nada.” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

“Una Psicóloga, pero no me gusto la muchacha en el tono que me hablaba no me gustaba, porque ella llevo y me dijo “es que usted se quiere morir o que” porque yo le dije que “ay es que a mí nunca me habían operado” y yo le tengo pánico a la cirugías, a mí me daba pánico las cirugías y entonces ella... en el tono que ella me hablaba a mí me fastidiaba y yo ese día yo si le dije” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

“Por lo menos hay empleados de allá que uno les esté pidiendo el favor por lo menos, hay enfermeras que son muy formales pero otras que son... uno le va y les pregunta por lo menos alguna cosa y son repelentes le contestan a uno de mala gana. El último día que estuve allá donde el doctor yo tenía que ir a reclamar mi examen, mi resultado y yo llegue, y entonces ella me dijo: faltan cinco minutos para las siete, eran las siete y cuarto iban a ser las siete y veinte y ella todavía se puso a charlar, se puso a vender unos deditos de pan que venden unos deditos ahí... unos panes, se puso a pintarse, se puso a mirar el celular y yo espere y el doctor esperando porque él me dijo le estoy dando espera de que esta señora se desocupe y eso es esa señora, que cosa tan horrible y yo ya estaba azarada porque yo dije ¡uyy esa señora me va hacer coger la tarde! Y esa señora... y yo a lo último le dije” vea usted me dijo que durante cinco minutos me atendían y me dijo y es que no ve usted no ve que estoy ocupada, y yo le dije es que usted no está ocupada en el trabajo, usted está ocupada en sus pendejadas... y es que me dio tanta rabia porque ella yo ya llevaba casi 20 minutos esperando que ella se desocupara y se puso a charlar con uno de los muchachos, se pusieron a criticar a una señora y todo; pero y nada que me atendía y entonces eso si me dio mal genio” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

“Si uno llega tarde el doctor no lo atiende a uno y sencillamente una ya pierde la cita, pero uno a los doctores si los tiene que esperar todo el tiempo. No le dicen espérenme un segundo, estoy ocupado, nada, y si le dicen a uno es groseramente y siempre la razón la deben de tener ellos y no uno, entonces por eso es que a mí me da hasta rabia de ir y pedir porque como te digo si voy con un dolor malo no me mandan un examen, con lo de la inflamación no me han mandado examen simplemente la Citología y la Citología sale buena y ya, entonces pues como yo te digo bueno a donde la voy a pedir” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

“Lo primero que hice cuando fui averiguar lo de la Colposcopia esa señora era repelente esa que estaba allá en el Hospital Departamental, esa señora no te dejaba ni preguntar y al examen cuando yo fui con mi esposo, nosotros fuimos allá y a él hasta le dio hasta mal genio porque yo era hablándole a esa señora y esa señora por allá charlando con otra vecina, otra que estaba al lado de ella y yo llegue y ella me dijo: a es que tiene que pagar tanto y entonces vine ese día y yo dije no pues, es que yo le que le pregunto a ella no, no dejo, porque ni bolas paro. Eso para mí fue tan horrible yo por lo menos sentía, yo decía: ay no si a mí no... porque eso si me lo advirtió el doctor que como yo tenía el cáncer tan avanzado yo tenía; a mí me tenían que operar rápido. Entonces yo dije: no y me tenían que hacer todo el tratamiento rápido y yo decía pero entonces a qué hora me van hacer las cosas si esta... si esta gente ni siquiera se presta para que uno les pregunte” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

“A mi paso así fue en el Departamental, hay veces se le burlan a uno, no le prestan atención, a veces hay personas que se comportan tan groseras con ellos, entonces claro como ella se comportó grosera con mi entonces déjemela de ultima, pero ellos tampoco ven cual es la atención que le dan a uno, ósea está bien que uno no puede ser grosero pero sinceramente hay veces pasan tantas cosas que uno a lo último ya le da rabia y uno dice no yo ya no aguanto más, entonces si uno se porta grosero mal y si no habla también es malo” (Mujer 20 años entrevista realizada 27.03.15).

5.4.4.4 Falta de conciencia de la enfermedad

En algunos casos también se evidenció despreocupación de las mujeres acerca del proceso y los esfuerzos que invierten las ESE para contactar a las mujeres e informarles que su reporte de Citología salió alterado. Una mujer manifestó nunca haber recibido el reporte de su Citología anormal por falta de tiempo para ir al Centro de salud a reclamar el resultado de la Citología. La situación fue manifestada de la siguiente manera por la mujer:

“Yo digo que si tienen el tiempo para venir a mi casa, a tocar y eso y las veces que vivieron me encontraron, para mí es bueno que digamos que si me necesitan a mí personalmente, que me traigan el resultado y si dicen que tengo que firmar que traigan donde tengo que firmar, algo donde yo pueda decir que sí lo recibí, mi firma, mi cédula, mi teléfono, algo que conste, pero vinieron a buscarme como 3 o 4 veces y nunca traían nada, entonces ni modo de decir que no me encontraron porque yo sí estaba, yo recibí los papelitos, entonces no sé qué dilema tienen con andar con un libro que yo pueda firmar, que me digan qué tengo que firmar. Pues ellos han venido a buscarme como 3 veces, me han encontrado, me han dejado papelitos, una vez yo les dije que no contaba con mucho tiempo, entonces me dijeron que podía mandar a alguien con mi cédula, mandé a mi mamá y no le entregaron el resultado a ella, entonces pues yo no fui, yo no insistí, pues porque la verdad no cuento con mucho tiempo para estar en una cosa o en la otra” (Mujer 22 años entrevista realizada 11.04.15).

Otras mujeres se realizaron la Colposcopia y luego reclamaron el resultado de la Biopsia, pero nunca regresaron con el Ginecólogo para que les definiera la conducta, este fue uno de los relatos:

“La verdad yo sí me tomé las Citologías pero nunca entregué el resultado, lo reclamé pero nunca lo llevé a que me dieran el diagnóstico. La verdad allá cuando salí de eso, me dieron un papelito para que sacara cita, para que siguiera los controles, pero de esa vez que me hicieron la cirugía yo nunca más volví por allá” (Mujer 47 años entrevista realizada 08.11.14).

También se encontró mujeres que habían olvidado su proceso, porque se había concentrado en otras situaciones familiares, los motivos que ellas relataron fueron:

“Eso ya hizo un año que yo me la hice sacar. Entonces yo no llamé, y como yo no llamé, pues al tiempo me llamaron pa` que fuera, ah me dieron un número de teléfono pa` que llamara y yo tampoco llamé. Porque en esos días yo estaba muy ocupada con mi Mamá, que tuvo un accidente, yo me concentré en eso” (Mujer 48 años entrevista realizada 31.10.14).

5.4.4.5 Percepción de trato con el personal de salud

La percepción de las mujeres frente al trato brindado por los miembros del equipo de salud dan cuenta de aspectos que varían entre contactos muy efectivos que fueron bien valorados por las mujeres, hasta contactos negativos que fueron determinantes para que estas mujeres no culminaran su diagnóstico y tratamiento.

“Yo me he sentido bien atendida, tan bien atendida q incluso me asusté pensé que estaba grave, porque me pusieron mucho cuidado y... hasta el momento, hasta éste momento, hasta el día de hoy me siento muy agradecida porque he sido bien atendida la misma atención que fue para mí, vi que fue para todas las que estábamos ahí y habíamos ahí bastantes, me alarme de ver la cantidad de mujeres que tenemos esto” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

“Él me explicó el procedimiento, cómo iba a hacer, que me iban a quitar un pedacito de tejido de mi cuello uterino y lo iban a mandar al laboratorio y ahí ya arrojaba qué era lo que había en mi cuerpo. No quedé con ninguna duda, fue muy clara” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“Pues el sitio estaba bien, era limpio, porque cuando me van a hacer una Citología yo siempre miro eso porque me da miedo, también estaban todos los implementos, estaba él y una enfermera, y sí me atendieron bien, él me iba hablando en el momento en que me estaba haciendo el procedimiento y ya después me dijo que tenía que volver a los 8 días, ah y me iba hablando de lo que tenía y me dijo que sí se veía la lesión, él estaba mirando como por un microscopio, me dijo que ahí se veía la lesión, que después de eso me iban a hacer unas cauterizaciones y que volviera por los resultados y que esos me los leía mi Ginecólogo” (Mujer 24 años entrevista realizada 03.04.15).

“Pues el doctor cuando yo entre al consultorio él me explico que era lo que me iban hacer y me dijo que me iban a tomar pequeñas muestras de carnosidades de lo que yo tenía allá, y las iban a llevar al laboratorio, para así mismo mirar en qué grado estaba mi infección o que era lo que realmente necesitaba para que me empezaran a tratar. Lo que yo entendí, pues mientras me las hacían es que a uno le sacan el útero con el especulo, y entonces allí le echan a uno con un algodoncito y un palito una sustancia, pero no me acuerdo como se llama la sustancia, que eso me lo iban a poner allí donde yo tenía como las escamitas, alrededor del útero, me iban a untar una dosis de eso cada que yo viniera a hacerme la cauterización y a medida que me las iban haciendo eso iba quemando la pielecita, entonces iba saliendo como la infección; eso fue lo que yo le entendí a el de la cauterización” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

En algunos casos las mujeres que tuvieron la oportunidad de ser atendidas inicialmente en la red pública y luego fueron direccionadas a prestadores privados percibieron agilidad y buen trato en los hospitales públicos razón por la cual ellas fidelizaron su atención a estos profesionales y deseaban seguir siendo atendidas así fuera realizando el pago en la modalidad de servicio particular ya que su experiencia fue positiva.

“Allá, el trato muy bien, las niñas de las citas eran: “vaya a tal, saque esta copias”, a mí me pareció muy bien el trato, me pareció rápido también; lo único que me pareció lento fue la entrega de los resultados No, por eso te digo que a mí me gustó mucho lo otro, hasta estaba pensando pagar particular la cita con el Ginecólogo de La Rivera y el tratamiento, porque es más rápido y es súper bueno, me pareció súper y la de López también es muy buena médica. Cuando me atendieron en López también muy bien, no tengo ninguna queja, en López sí me pareció genial ese Hospital, lo han cambiado, la atención súper bien, todo súper organizado, la asepsia es como si uno fuera para cirugía, con gorro, bata, la que lo atendía a uno también entonces yo estaba pensado eso, volver ya como particular, porque sí la atención es mejor” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

5.4.4.6 Trato por parte de la pareja durante este proceso

Los relatos de las mujeres evidenciaron la importancia del apoyo de su pareja durante este proceso. Para ellas el hecho de que sus parejas estuvieran informadas del resultado de su citología y las acompañaran a los controles médicos, exámenes y que estuvieran de acuerdo con que ellas se sometieran al tratamiento fue vital para que ellas culminaran su diagnóstico y se adhirieran al tratamiento y controles requeridos para garantizar que las lesiones no reaparecieran.

“En internet lo hemos consultado, porque eso que me pasó a mí solo lo sabemos nosotros dos (ella y esposo), nadie más de la familia, entonces por internet él lo buscó y él se ponía a leer y yo pensaba que todo iba a salir mal, eso lo traumatiza a uno más, toda la información que hay en internet lo traumatiza a uno más, porque él leía en voz alta y yo decía: “Dios mío bendito, eso está grave” (Mujer 37 años entrevista realizada 04.03.15).

“Él me decía: “Mija tiene que cuidarse”, y él respetaba lo que me habían dicho allá” (Mujer 47 años entrevista realizada 08.11.14).

“Mira que gracias a Dios él entendió todo, ósea no me rechazo no cambio nada” (Mujer 21 años entrevista realizada 02.11.14).

Otras mujeres relataron que durante este proceso surgieron cambios en la forma de relacionarse con su pareja por los síntomas que presentaban y por los efectos secundarios de los procedimientos a los que fueron sometidas.

“A uno le cambia bastante, yo tengo mi pareja y afortunadamente él ha sido muy comprensivo, porque hoy en día casi no hay un hombre como que lo entienda a uno, pero la situación le cambia a uno, íntimamente le cambia a uno, mejor dicho de un 10 a un 90%, o sea, por ejemplo ahora uno se cuida mucho, porque en este primer año la verdad es que yo siento mucho dolor todavía, caminado o en cualquier actividad porque de pronto estoy muy reciente, pero en cuanto a la sexualidad yo creo que no es lo mismo, ya es diferente porque las hormonas ya no son lo mismo, ya uno no siente lo mismo. En todo y hasta ahora me ha apoyado en todo, cuando me hicieron la cirugía también lo llamaron él y le dijeron que yo no podía tener relaciones, que por lo menos en tres meses abstinencia total y él ha sido muy delicado, se preocupa mucho si tengo dolor o no, si he sagrado y eso es muy importante para uno como mujer porque uno se siente mal” (Mujer 49 años entrevista realizada 30.09.14).

Situación contraria vivieron algunas mujeres que no encontraron respaldo por parte de su pareja y que por el contrario les prohibían que acudieran a los servicios de salud debido al estigma social que amerita el hecho que fueran valoradas por hombres o que el tratamiento implicara la manipulación de los genitales de estas mujeres.

“Pues él al principio pues alcanzó a preocuparse, pero ya cuando vio que me tocaba estar yendo de seguido ya como que no le gustó mucho y empezó a decir que yo me perdía por allá, que quién sabe qué pasaba, bueno, no sé qué se imaginaba él, entonces eso era para peleas, y pues obviamente uno por evitar deja de ir al control. Él se enojaba y me decía que por qué yo me perdía todo el día, o sea, él de pronto pensaba que yo andaba por ahí con alguien perdiendo el tiempo (risas). Y muchas veces me hacía hasta llorar porque imagínese uno por allá, aguantando hambre, haciendo fila, esperando a que le den ficha, porque eso no es llegar y ya de una, no, mentira, entonces eso me ponía peor la cabeza, a patinar. Yo decía: bueno, si él es así conmigo ahorita, cómo irá a ser cuando yo no esté con las niñas. Pero ya después me tranquilicé y dije que iba a hacer todo esto con calma y por eso fue que empecé otra vez. Pues la verdad yo con él no cuento porque igual se fue y él sabe el problema que yo tengo pero pues no tengo ni siquiera le apoyo de él para las niñas, entonces él no es un respaldo” (Mujer 31 años entrevista realizada 22.10.14).

“Pues no le gusta siempre y cuando sea un doctor, pero como él ve que allí siempre hay una enferma, pues no me pone problema, y como sabe que es requisito que se debe seguir” (Mujer 25 años entrevista realizada 16.09.14).

Otras mujeres evidenciaron un cambio radical en su sexualidad y en la forma de

relacionarse con los hombres pues alrededor del tema existen estigmas sociales y algunas mujeres atribuían esta enfermedad a la promiscuidad de sus parejas.

“Yo le cogí fastidio, le cogí rabia y desde ese momento para mí los hombres en realidad si son unos cochinos y no quiero saber nada de hombres” (Mujer 59 años entrevista realizada 17.09.14).

5.4.4.7 Efectos secundarios de los procedimientos

Algunas mujeres relataban incomodidad y dolor cuando les realizaron la Colposcopia/Biopsia, esta sensación de dolor fue variable en las mujeres, algunas solo manifestaban un poco de dolor durante el procedimiento, pero otras relataban haber sentido demasiado dolor y haber quedado con molestias temporales:

“Fue el proceso más doloroso que he pasado en toda mi vida, muy dolorosa, fue terrible, quedé muy lastimada, sangré bastante y sí, lentamente me fui recuperando” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

“Cuando ya me estaban haciendo el examen para mí fue incomodo la verdad no es que digamos que sea tan agradable y mas que hay un momento que le aplican un líquido a uno no se eso le arde a uno, pero no ósea de ahí para allá más complicaciones no” (Mujer 25 años entrevista realizada 08.11.14).

“Yo le pregunté a mi tía que ella es enfermera jefe y ella medio me dijo, yo pensé que era como una citología más a fondo, pero cuando llegué eso era súper diferente, yo hasta ese día me fui con el uniforme del trabajo porque pensé que era rápido, pero quedé incapacitada dos días, y que no puede moverse, no puede estar parada, tiene que irse en un taxi y yo andaba en moto” (Mujer 25 años entrevista realizada 06.04.15).

Otras mujeres manifestaron molestias y dificultad para extraer una mecha vaginal que les dejan para lograr la hemostasia, las mujeres refirieron lo doloroso que fue retirar este elemento en casa:

“Él no me explicaba nada pero yo si sentía demasiado dolor, ese día si fue muy dolorosa porque como él estaba era cortando pedazos de mi carne, por decirlo así, entonces claro era doloroso y ese día fue muy duro porque después de que terminaron, uno sangra bastante, entonces ese día mejor dicho me cogieron y me metieron un poco de papel de ese esparadrapo, así un rollo inmenso allá dentro, entonces, el doctor me dijo que me quedara unas 2 o 3 horas con eso allá dentro mientras que dejaba de sangrar; pero el proceso para uno quitarse esa mecha es dolorosa horrible, porque se pega, a mí se me pego horrible y me dolió mucho para sacármela. Menos mal que ese día, yo fui con mi novio y él estuvo allí y me ayudo a caminar y todo eso porque yo no podía caminar del dolor, sentía como si eso se me fuera a salir, sentía como si todavía estuviera saliendo sangre; y pues la venida en el MIO mortal, uno parado, porque pues uno puede ir enfermo pero si aún no le ven el pie dañado, la mano o algo, no le dan el puesto, me toco parada casi hasta acá a Unidad Deportiva y ya media hora después me pude sentar, y el dolor era impresionante, y yo llegué aquí a mi casa con un dolor, un dolor, y no podía orinar del mismo ardor; pero el doctor me dijo usted tiene que orinar para poder que esa mecha se moje y despegue; pero no yo casi no me saco eso” (Mujer 19 años entrevista realizada 26.03.15).

“Daba la casualidad que yo no pude sacar esa mecha, entonces yo dije, “no pues al otro día yo voy” entonces yo pensé entre mí “no pues yo al otro día voy al hospital y me la hago sacar” lo hago allá en San Juan de Dios. Ayyy yo me puse mala porque me cogieron unos dolores horribles, yo sentía como si me estuvieran arrancando un pedazo por dentro, entonces el muchacho que vive

aquí al frente el familiar ellos le preguntaron porque y como tenía hasta fiebre, me dio fiebre, entonces dijo no; vallase para López” (Mujer 45 años entrevista realizada 01.10.14).

5.4.4.8 Sensación al culminar el tratamiento y controles médicos

Referente al aprendizaje de las mujeres durante este proceso se tienen referencias que hicieron las mujeres en las que se denota el empoderamiento de su situación de salud.

“Sí cambió, estoy más juiciosa, más pendiente, más consciente de que hay que hacerse la Citología y de que no hay que confiarse de que uno está joven y que a uno no le pasa nada, no, hay que hacerse los exámenes” (Mujer 25 años entrevista realizada 09.03.15).

Finalmente las mujeres **emitían sugerencias** para los aseguradores y prestadores enunciando factores clave como:

“Yo pienso que debían de hacer como un programa especial, aunque yo pienso que ya lo tienen hecho porque eso es lo que uno escucha, uno escucha que “es que hay un programa, que no sé qué” pero cuando ya usted está en eso ya se da cuenta de que no es así. Por ejemplo, con las citas, uno casi nunca consigue citas con ellos, para sacarse la Citología si no tiene la orden, no hay nada” (Mujer 32 años entrevista realizada 08.03.15).

“Se quejan que por el número de mujeres que mueren por Cáncer Uterino, de Papiloma y todo eso, pero realmente la falla está mucho en el sistema porque de alguna u otra manera así no estemos afiliados, estamos contribuyendo con este régimen de salud, porque a nosotros nos cobran los impuestos para este régimen de salud, o sea, que sí sale de nosotros pero no vuelve a nosotros” (Mujer 17 años entrevista realizada 06.11.14).

6. DISCUSIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud⁶¹, la prevención del cáncer de cuello uterino recae en la prevención primaria que involucra la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer de cuello uterino. La prevención secundaria está relacionada con la detección temprana de la enfermedad a través del tamizaje de cérvix. Según esto, la OPS establece que las intervenciones de los programas de cáncer de cérvix deben estar orientados a la detección temprana de mujeres con cambios sugestivos a fin de realizar diagnósticos confirmatorios y suministrar el tratamiento adecuado que permita limitar el daño y disminuir la mortalidad por esta causa.

En Santiago de Cali desde el año 1.962 se implementó el programa de Prevención y Detección de Cáncer de Cérvix y la ciudad también ha sido objeto de reconocimiento por contar con el Registro Poblacional de Cáncer de Cali⁶² "RPCC" que provee estadísticas de incidencia y mortalidad asociadas a las neoplasias y que se ha configurado como un referente nacional al momento de ofrecer estadísticas actualizadas sobre el tema.

Adicionalmente Cali, cuenta con un Laboratorio centralizado para la lectura de las citologías que debe evidenciar gestión frente a la oportunidad en la lectura de las láminas, y que debe estar unido a un programa de atención integral para las mujeres que contemple no solo cobertura en el tamizaje, sino que muestre resultados relacionados con la oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de las mujeres reportadas con lesión en la citología, como lo establece el Instituto Nacional de Cancerología "INC"⁶³ en sus guías de atención. En este estudio se evidenció el fraccionamiento de la atención de cara a las mujeres, quienes tenían que transitar por varias entidades a fin que les autoricen y les realicen los procedimientos necesarios para establecer un diagnóstico y optar por un manejo acorde con los hallazgos patológicos.

Durante el periodo de observación en Cali, 2498 que corresponden al 3,1% de las 80.274 Citologías cérvico uterinas tomadas durante el año 2013 fueron reportadas con anormalidad. Esta cifra es menor si se compara con los hallazgos de la ENDS¹⁵ 2.010 que reportó 4% de las citologías con anormalidad. La ENDS también expone que solo al 2% de las mujeres con anormalidad se les realizó una colposcopia y en este estudio se encontró que 62 mujeres que corresponden al 44% del grupo de observación compuesto por 141 mujeres pobres no aseguradas reportadas con anormalidad en la citología cérvico uterina en el año 2013 en Cali, lograron acceder al diagnóstico de las lesiones reportadas en la citología cérvico uterina.

El estudio también encontró que realizar seguimiento a las mujeres con hallazgos positivos en la citología cérvico uterina, es una tarea complicada porque los registros para la toma de citología no contienen los datos completos, exactos y

actualizados que permita ubicar a las mujeres, tanto para informarle los resultados de la citología como para brindarle un acompañamiento y seguimiento desde las instituciones, a fin que ellas puedan culminar su etapa diagnóstica, reciban tratamiento oportuno para sus lesiones y continúen con los controles citológicos periódicos que se requieren para evitar que las lesiones reaparezcan o progresen. Situaciones como estas se encontraron en estudios similares realizados en el país por Wiesner et al²⁵ con mujeres que tenían reporte de anormalidad en la citología y para las cuales fue difícil la realización de un seguimiento por parte del equipo de salud.

Este estudio encontró que 62 (44%) de las 141 mujeres pobres no aseguradas reportadas con anormalidad en la citología en el año 2013 en Cali, lograron acceder a la confirmación diagnóstica de las lesiones a través de Colposcopia/biopsia y se les definió conducta clínica de acuerdo al hallazgo histopatológico a los 199,7 ±150,5 días en promedio, con una mediana de 136 y un rango de 35 a 612 días. Esta cifra es superior a la reportada en un estudio realizado en el año 2010 por Benítez y Arias¹⁷ en la que revisaron el acceso oportuno al diagnóstico de 280 mujeres que tenían reporte de citología con lesiones intraepiteliales en la Red de Salud ESE Ladera de Cali, de las cuales pudieron rastrear 57 (20,4%) de las mujeres que accedieron a métodos diagnósticos en promedio a los 122 días, con una mediana de 99 días y un rango que osciló entre 23 y 438 días. En estudios con población similar Murillo et al⁶⁴ reportan que 6 meses después del reporte de la citología, el 27% de las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado detectadas en la citología, no habían tenido un diagnóstico definitivo mediante Colposcopia y Biopsia, o si lo tenían, no había recibido el tratamiento.

Respecto a la oportunidad para el acceso al tratamiento de las lesiones de acuerdo al resultado de la biopsia de cérvix, este estudio se encontró que las mujeres que clínicamente se beneficiaban de tratamiento lograron acceder a la conización, criocauterización o histerectomía a los 308 días (10,3 meses) posteriores a la toma de la citología reportada con anormalidad. Este tiempo es el doble al reportado en un estudio por Yépez²⁴ realizado con datos del Registro Poblacional de Cáncer del Municipio de Pasto durante el período de 1.998 a 2.002 en el que encontraron que el tiempo promedio para el diagnóstico y la iniciación del tratamiento de las mujeres fue de cinco meses.

Relacionado con el tema de acceso, durante las entrevistas semiestructuradas realizadas a 30 mujeres, ellas manifestaron en su mayoría no haber tenido que realizar ningún pago por la realización de la Colposcopia/Biopsia por el hecho de estar aseguradas a alguna EPS-S. Las mujeres que continuaban como pobres no aseguradas, acudían a los servicios de trabajo social donde analizaban el caso y bajaban la tarifa a \$50.000 en su mayoría. Esta situación es similar a la encontrada en un estudio realizado en el año 2010 en la ciudad de Palmira por Castaño⁶⁵ con 54 pacientes a las que encuestaron y en las que encontraron que el

38.9 % de las usuarias no efectuó ningún pago. El 25.9% refirió que realizó pagos entre \$10.000 a \$50.000. Y el 20.4 % realizó pagos entre \$51.000 a \$100.000.

En este estudio no se pudo establecer si 71 mujeres que corresponden al 50,3% de la población inicial, lograron acceder al diagnóstico y tampoco se conocen ni se han explorado los motivos por los cuales las mujeres de Cali no se diagnostican y tratan a tiempo. Respecto al tema, se tiene un estudio cualitativo realizado en una provincia de Argentina por Paolino y Arrossi²⁶ en el que exploraron los motivos por los cuales las mujeres abandonaron en el proceso de seguimiento y tratamiento de las lesiones de alto grado atendidas en el sistema público durante el año 2010. El estudio en mención encontró que el 23,5% de la población abandonó su proceso por motivos como el miedo, la negación a la enfermedad o no considerar necesario continuar con la atención. También manifestaron problemas familiares (7,1%), razones laborales (4,8%), carga de trabajo doméstico y cuidado de niños (4,8%) y barreras para el traslado (4,8%). Estos pueden ser algunos de los motivos por los cuales la mitad de las mujeres del estudio aparentemente no accedieron a la prueba diagnóstica, pero dado que no se rastreó registros de atención de estas mujeres no es posible conocer su estado clínico actual y mucho menos predecir su avance relacionado con las lesiones inicialmente informadas en la citología.

En el marco del SGSSS y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud “SOGC”, se tiene establecido que los servicios de salud ofertados por los prestadores y aseguradores deben involucrar herramientas para garantizar el cumplimiento de los atributos del SOGC que son la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención⁶⁶, pero lo manifestado por las mujeres de este estudio durante las entrevistas, da cuenta que ellas perciben su atención como inoportuna y a su vez encuentran fallas en la calidad de los servicios y múltiples barreras al momento de acceder al tratamiento y poder dar continuidad a su atención. Respecto a este tema Garcés⁶⁷ reportó que la principal barrera en Medellín para el seguimiento de anomalías citológicas, fue que las mujeres tuvieron que realizar múltiples visitas a distintos y lejanos puntos de atención para hacer trámites de autorizaciones para recibir atención. Frente a este tema, las mujeres en ese estudio manifestaron agilidad por parte de algunas IPS de la Red Pública que internamente se encargaban de realizar las autorizaciones y minimizaban los tiempos y trámites que las mujeres tendrían que haber realizado. Este aspecto es vital para las mujeres, pues actualmente los prestadores de servicios de salud (ESE/hospitales e IPS) están trasladando esta carga administrativa a las mujeres que deben apersonarse de trámites y gestiones ante varias entidades y este aspecto se convierte en un obstáculo para que ellas finalicen su diagnóstico y reciban oportunamente el tratamiento para sus lesiones.

Retomando la clasificación de barreras de acceso según el “Modelo de Cobertura Efectiva” construido por Tanahashi³⁰ desde el año 1978 y que fue reclasificado en el año 2010 por la OMS a través de una revisión sistemática de literatura, describe

los factores relacionados con la cobertura efectiva a los servicios de salud, que son valorados a través de las cuatro dimensiones inmersas en el proceso de prestación de servicios de salud como lo son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto de las mujeres con los servicios de salud que requieren para la solución de sus problemas de salud. En esta revisión se encontró que, las mujeres no acceden oportunamente a las prueba diagnosticas por las barreras impuestas por el sistema, prueba de esto, es que (29,1%) de las mujeres del estudio continúan sin aseguramiento en salud y que se desconoce si 71 (50,4%) de las mujeres del estudio pudieron acceder al diagnóstico ya que no fueron rastreados registros de atención de estas mujeres en las instituciones de la ciudad que brindan el servicio de diagnóstico.

Otro de los obstáculos identificados por las mujeres fue la limitación que tienen para cubrir los costos de las consultas y procedimientos necesarios para culminar su etapa diagnostica. Las mujeres en las entrevistas, también hicieron referencia a que los hospitales y aseguradoras les trasladan la responsabilidad de las autorizaciones y otros trámites y este aspecto se configura como determinante al momento de realizar todos los pasos necesarios para su atención. Hallazgos similares se encontraron en estudios²² que exploraban este tema en el que las mujeres resaltaban aspectos como la tramitología, la falta de calidez en el trato, la falta de oportunidad y la percepción de un cierto caos administrativo.

De esta manera se hace evidente que la autoridad sanitaria debe ofrecer lineamientos claros en la región con el fin que las aseguradoras y prestadores de servicios unifiquen el manejo y direccionamiento de las mujeres. También es necesario que se establezcan pautas claras sobre los procesos de captura y reporte de los datos de atención de las pacientes que también incluya un proceso sistemático de seguimiento clínico de las mujeres a fin de lograr un impacto en la reducción de las tasas de incidencia y mortalidad asociada al cáncer de cérvix.

7. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

- La información que se solicitaba para el estudio exigía el cuantificar fechas exactas de los momentos de la atención y a medida que el tiempo transcurre, esto tiende a olvidarse por las personas, en ese sentido el recurrir a fuentes secundarias y registros permitió controlar el sesgo de memoria de las mujeres entrevistadas.
- Debido a que la población inicialmente reconocida como pobre no asegurada puede migrar al régimen contributivo y al subsidiado, en el estudio se pudieron evidenciar comparaciones entre los diferentes regímenes de seguridad social que hacen las mujeres de acuerdo a su percepción de atención entre los regímenes.
- La medición de la oportunidad al acceso al diagnóstico de las mujeres con citología anormal en el Municipio de Santiago de Cali, permitió conocer el tiempo que tarda la población inicialmente reconocida como pobre no asegurada para acceder al diagnóstico y tratamiento de las lesiones. Este dato puede ser comparado por la autoridad sanitaria, con los reportes trimestrales que hacen las EPS al MSPS sobre su población asegurada.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Debido a que las mujeres cambian con frecuencia de lugar de residencia y de número telefónico, es dispendioso y limitado el contacto que el investigador pueda establecer con la población a estudiar.
- Otro aspecto que limitó la cantidad de mujeres contactadas, fue la baja calidad de las bases de datos ya que los datos de contacto registrado en estas, muchas veces no fueron correctamente tomados o digitados.
- Es compleja la concertación de horarios para entrevistas a las mujeres ya que la investigadora debía adaptarse a los horarios que las mujeres tuvieran disponibles. Varias de ellas tienen empleos informales en los cuales no disponen de un horario fijo de trabajo, que permita realizar las entrevistas en horarios específicos, sino que para la realización de estas tuvo que ser necesario en su mayoría realizarlo en horas de la noche o los días festivos que las mujeres dispusieran de tiempo para conceder la entrevista.
- En varias ocasiones se lograba concertar la cita con las mujeres para la realización de las entrevistas, pero cuando se cumplía la hora pactada, las mujeres manifestaban haberse ocupado en asuntos personales e incumplían la cita, lo cual generaba un reproceso al tener que reprogramar las citas.
- Los lugares donde residen las mujeres en su mayoría son zonas rojas y la seguridad de la investigadora en algunas ocasiones se pudo ver involucrada debido al contexto social que rodea a las mujeres.
- La búsqueda que se hizo de los domicilios reportados en la citología, fue en su mayoría infructuosa ya que la mayoría de estas mujeres viven en inquilinatos y es frecuente la rotación de sus viviendas. Así mismo los arrendatarios manifestaban la imposibilidad de contactarlas pues se les perdía el rastro.
- Al solicitar formalmente acceso a la información de los hospitales muchos de ellos no emitía respuestas ante la solicitud o imponían múltiples barreras para la entrega de la información.
- Algunos Hospitales restringen la entrega de información para las investigaciones y no facilitan sus bases de datos o los registros de seguimiento de las pacientes. Por el contrario, algunos autorizan el acceso a los registros físicos de atención de las pacientes, lo cual demora más la captura de la información. Sin embargo la información solicitada en este estudio ya debía estar procesada pues los mismos datos deben reportarlos trimestralmente al MSPS.

9. CONCLUSIONES

- En los servicios se evidencian fallas en la validación de derechos de los pacientes, este aspecto puede generar glosas por parte de los aseguradores o del Ente Territorial al que cargan la población como si fueran personas pobres no Aseguradas ya que para esta población analizada 27 de las 141 mujeres que corresponden al 19.1% si contaban con aseguramiento al momento del tamizaje y fueron reportadas como PNA, evidenciando fallas en la verificación del estado de afiliación de las mujeres que consultan.
- El Municipio de Santiago de Cali, no cuenta con un proceso implementado de seguimiento a las mujeres con citología anormal y no se cuenta con un sistema de información que ofrezca datos sobre el seguimiento a las mujeres con citología anormal, pues la atención actualmente es fragmentada, desarticulada y no permite la trazabilidad y gestión oportuna del riesgo.
- Dado el impacto que tiene el adecuado seguimiento y tratamiento de las lesiones en la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino, la disminución de los porcentajes de abandono se configura actualmente como un desafío para los prestadores de servicios de salud que ofrecen programas de prevención de cáncer de cuello uterino en la ciudad.
- No se ejerce control sobre los resultados que deben ofrecer las Unidades de tamizaje de las E.S.E y el reporte de resultados solo analiza la cobertura pero no exige metas que generen impacto en la mortalidad asociada al cáncer de cuello uterino en la ciudad.
- Es necesario que la ciudad implemente una política que garantice el acceso y la oportunidad ya que se actualmente solo se remiten al análisis de cobertura y dejan por fuera la problemática del acceso efectivo a los servicios de diagnóstico.
- Las redes de prestadores se deben integrar a manera de ofrecer el tratamiento de las lesiones de manera oportuna y unificada, de modo que las mujeres no encuentren obstáculos por la falta de unificación en el criterio clínico para el manejo de las lesiones.
- Para incidir en la mortalidad asociada a Cáncer de cuello uterino es necesario que se centralice la atención a través de unos prestadores que ofrezca para la ciudad, un programa sistemático de atención de las mujeres en el que realicen seguimiento efectivo de la población y que detecte y gestione oportunamente las desviaciones en tiempo a fin de garantizar la atención oportuna de las mujeres que requieren diagnosticar y tratar sus lesiones.

- Se debe avanzar en la minimización de obstáculos o barreras administrativas a fin de simplificar el proceso de cara a las mujeres ya que ellas actualmente deben realizar trámites que podrían asumir las instituciones en asocio con las aseguradoras o la entidad que tenga a cargo la población.
- Las aseguradoras también deben ser monitoreadas a través de indicadores de resultado que mida la gestión del riesgo que realicen de la población que tienen a cargo. El propósito de esta medición debe pasar del reporte de cobertura de la prueba de tamizaje, y debe trascender a aspectos que permitan la medición análisis de la calidad y oportunidad del acceso efectivo a las pruebas diagnósticas y al tratamiento de las lesiones cervicales.
- Se debe propiciar el seguimiento y acompañamiento de las mujeres a través de las E.S.E que tienen la población de las comunas a su cargo, de modo que sus equipos de Promoción y Prevención y grupos de atención extramural, brinden el acompañamiento a las mujeres detectadas con anormalidad en la citología para que ellas se sientan acompañadas y orientadas durante su proceso.

10.RECOMENDACIONES

- Los miembros del equipo de salud involucrados en la toma de la citología deben informar amplia y claramente a las mujeres que consultan en los servicios la importancia de la citología de manera que la mujer entienda que el proceso no termina con la toma de la muestra, sino que debe reclamar los resultados de la citología y que esta prueba debe realizársela periódicamente. Así mismo es importante que el personal involucrado en la entrega de los resultados tenga la sensibilidad y formación necesaria para guiar correctamente a las mujeres de manera que ellas entiendan la importancia de esclarecer el diagnóstico y realizar el tratamiento que requieran sus lesiones.
- Los actores del sistema de salud están desarticulados en la ciudad y no se tiene claridad del rol y responsabilidades de que cada actor se desempeña. La generación de un programa de atención integral de las mujeres en cabeza de un solo prestador que sea el responsable de la implementación de sistemas de aviso/alarma frente a estos casos y la reformulación del sistema de referencia y contrarreferencia, sería un factor clave que optimizaría la oportunidad y calidad en la atención que requieren las mujeres. Es claro que se debe simplificar el proceso, optimizar los esfuerzos y trabajar incansablemente por evitar los abandonos del proceso de atención por parte de la mujer a fin de lograr una reducción efectiva en la mortalidad asociada al cáncer de cuello uterino.
- Es necesario que la autoridad sanitaria ejerza control sobre las aseguradoras y prestadores que tienen a cargo determinada población, con el fin de articular los esfuerzos y garantizar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de las mujeres con lesiones evidenciadas en la citología cérvico uterina en un tiempo no mayor a 60 días a fin de impactar en la historia natural de la enfermedad.
- La autoridad sanitaria debe ofrecer a los prestadores de servicios de salud de la ciudad pautas para el enrutamiento y seguimiento de las mujeres anormalidad en la citología de manera que los actores involucrados en el control del cáncer cérvico uterino de la ciudad tengan unificados los criterios de manejo.
- La autoridad sanitaria debe elaborar y socializar lineamientos para el seguimiento a las usuarias con citología anormal de manera que la información obtenida en los programas de Promoción y Prevención de las E.S.E esté unificada y sirva para medir indicadores de resultado para la ciudad.
- Fortalecer el entrenamiento los médicos generales y médicos rurales que realizan consultas en los centros, puestos de salud y hospitales de manera que conozcan la ruta de atención unificada para las mujeres con citología anormal y sepan cómo orientarlas para que continúen su atención a pesar de estar cursando un embarazo o a pesar de no contar con aseguramiento en salud.

- Diseñar indicadores para la ciudad que monitoreen aspectos como la oportunidad y calidad de entrega de los resultados de citología alterados, así como la oportunidad para el diagnóstico de las mujeres con citología anormal y la oportunidad para el tratamiento de las lesiones, de forma tal, que permita la toma de decisiones y reformulación de los lineamientos en diferentes niveles.
- Ejercer control sobre las aseguradoras al monitorearles la oportunidad para la autorización de servicios que requieren las mujeres para la confirmación diagnóstica y tratamiento de las lesiones cervicales.
- Se debe avanzar en las estrategias IEC Información, Educación y Comunicación en Salud a manera de sensibilizar a las mujeres desde temprana edad para que ellas se empoderen de su salud, conozcan los servicios a los que tienen derecho y sepan reconocer y consultar ante signos de alarma.

11.FUTUROS ESTUDIOS

A partir de los resultados de este estudio se pueden identificar algunas propuestas de investigación o estudios que se puedan desarrollar en el futuro en relación a los siguientes temas:

- Factores que favorecieron el acceso oportuno al diagnóstico de mujeres con lesiones en la citología cérvico uterina en toda la ciudad incluyendo población aseguradas y pobres no aseguradas.
- Factores del entorno que limitaron el acceso al diagnóstico y tratamiento de las lesiones inicialmente reportadas en la citología.
- Oportunidad en el acceso al diagnóstico de acuerdo a los prestadores que ofrecen el servicio de Colposcopia Biopsia.
- Implementación de un protocolo de seguimiento a las mujeres con citología alterada en Cali.
- Motivos del abandono del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de las mujeres que tienen reportes de anormalidad en la citología.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Bogotá, D.C. 2012. Disponible en: http://www.cancer.gov.co/documentos/Plandecenalparaelcontroldelcancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf

² Aguilar Pérez J A, Leyva López A G, Angulo Nájera D, Salinas A y Lazcano Ponce E C. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. Rev Saude Pública [Revista en Internet] 2003; 37(1):100-6. Disponible en:

http://bvs.insp.mx/php/fuente_bvs_todas.php?id_programa=5&id_seccion=36

³ Isla V. Cáncer cervicouterino, El cáncer que no debe matar. Agenda Salud 2002; 25:1-7. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/15041Slage8.pdf>

⁴ Muñoz N. Nuevas perspectivas para la prevención del cáncer de cuello uterino basadas en el virus del papiloma humano. Biomédica Instituto Nacional de Salud [Revista en Internet] Volumen 26, No. 4 Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/312/471>

⁵ Pardo C, Cendales R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia 2002-2006 Bogotá, INC 2010.

⁶ OPS. Indicadores básicos 2010. Situación de salud en Colombia. Disponible en: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=135

⁷ Organización Mundial de la Salud OMS - GLOBOCAN International Agency for Research on Cancer- 2008. [citado 2013 abril 30] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp#MORTALITY>

⁸ República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007 Diario Oficial de Colombia núm. 46716, 10 de Agosto de 2007 . Disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/decreto-adopta-plan-nacional-salud-50464526>

⁹ República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1383 de 2013. Por el cual se adopta el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 – 2021. Bogotá. (Diario Oficial de Colombia No. 48.779 de 3 de mayo de 2013) Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>

¹⁰ Organización Mundial de la Salud OMS - GLOBOCAN International Agency for Research on Cancer- 2012. [citado 2015 agosto 10] Disponible en: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_pop.html.asp?selection=40170&title=Colombia&sex=2&type=0&window=1&sort=3&submit=%C2%A0Ejecutar

¹¹ Muñoz N, Reina JC, Sánchez GI. La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH): una gran arma para la prevención primaria del cáncer de cuello uterino. Colomb Med [Revista en Internet] 2008; 39: 185-193. Disponible en:

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/rt/printerFriendly/577/924>

¹²Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Rev Colomb Obstet Ginecol [Revista en Internet]. 2005 Mar [citado 2013 Abril 25]; 56(1): 59-67. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100007&lng=en.

¹³Liga Contra El Cáncer-Bogotá [citado 2013 abril 30] Disponible en: <http://www.ligacontraelcancer.com.co/v2/v.php?id=55>

¹⁴ Registro Poblacional de Cáncer de Cali, Universidad del Valle. Tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino específicas por edad, crudas y ajustadas por edad durante el periodo 1984-2013. [citado 2015 Jun 02]; Disponible en: http://rpcc.univalle.edu.co/es/SitiosEspecificos/pdf-sitiosespecificos/Sitios_Especificos.php?sitio=10

¹⁵ Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia). Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Capítulo XV. Detección temprana del cáncer de cuello uterino y de mama. Bogotá: 2010. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-15.pdf>

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. Washington DC. 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-manual.pdf>

¹⁷ Benítez Duque J, Arias N. Factores asociados con la oportunidad para acceder a los métodos diagnósticos de mujeres con resultados de citología de lesiones intraepiteliales en una empresa social del estado Santiago de Cali 2010. Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Epidemiología. Universidad del Valle. Facultad de Salud 2012. Revista Colombiana de Cancerología; 17(4):177, 2013. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123901513701914>

¹⁸ Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, Lazcano Ponce E, Herrero R. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. Salud Pública Mex [Revista en Internet] 2010; 52: 544-559. [citado 2015 Jun 02]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10618968013>

¹⁹ Wiesner Ceballos C, Murillo Moreno R H, Piñeros Petersen M, Tovar Murillo SL, Cendales Duarte R, Gutiérrez M C. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. Rev Panam Salud Pública [Revista en la Internet]. 2009 Jan [citado 2013 Abril 26]; 25(1): 1-8. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v25n1/01.pdf>

²⁰ Murillo R. Vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia. Rev Colomb CanCeRol [Revista en Internet] 2006; 10 (2): 85-97. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2006%20Vol%2010\(2\)/rcc2006v10n2a02.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2006%20Vol%2010(2)/rcc2006v10n2a02.pdf)

²¹ Hernández Alemán F, Ornelas Bernal L , Apresa García T, Sánchez Garduño S, Martínez Rodríguez O, Hernández Hernández D. Motivos de abandono en el proceso de atención médica de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino. Rev. invest. clín. [Revista en la Internet]. 2006 Jun [citado 2013 Abril 26] ; 58(3): 217-227. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000300005&lng=es.

²² Wiesner Ceballos C, Vejarano Velandia M, Caicedo Mera J C., Tovar Murillo Sandra L., Cendales Duarte R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. Rev. salud pública [Revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2013 Mayo 02]; 8(3): 185-196. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300004&lng=en.

²³ Wiesner Ceballos C, Cendales Duarte R, Murillo Moreno R H, Piñeros Petersen M, Tovar Murillo S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública [Revista en Internet] 2010; 30 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n1/v12n1a01.pdf>

²⁴ Yépez Ch. M, Cerón E, Hidalgo Troya A, Cerón C. Supervivencia de mujeres con cáncer de cuello uterino municipio de Pasto – Colombia. Universidad y salud [Revista en Internet]. Vol. 2 N° 14–2011: 7-18. Disponible en: <http://revistasalud.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2012/04/SUPERVIVENCIA-DE-MUJERES-CON-C+%C3%BCNCER-DE-CUELLO-UTERINO.pdf>

²⁵ Wiesner Ceballos C, Tovar Murillo S L, Cendales Duarte R, Vejarano Velandia M. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Soacha. Rev Colomb Cancerol [Revista en Internet] 2006; 10(2): 98-108. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2006%20Vol%2010\(2\)/rcc2006v10n2a03.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2006%20Vol%2010(2)/rcc2006v10n2a03.pdf)

²⁶ Paolino M, Arrossi S. Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión. *Salud colectiva* [Revista en Internet]. 2012, vol.8, n.3 [citado 2015 Jun 02], pp. 247-261. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000400003

²⁷ Cendales R, Wiesner C, Murillo RH, Piñeros M, Tovar S, Mejía JC. La calidad de las citologías para tamización de cáncer de cuello uterino en cuatro departamentos de Colombia: un estudio de concordancia. *Biomédica* [Revista en Internet] 2010; 30 (1): 107-15. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572010000100013&lng=es&nrm=

²⁸ García Ayala E, Díaz Pérez J, Melo M A, Parra Fuentes F A, Vera L M, Latorre J F. Factores asociados a la identificación del cáncer de cuello uterino en la

citología, colposcopia y biopsia en la liga santandereana de lucha contra el cáncer de 2002 a 2003. Revista Española de Patología [Revista en Internet] Vol. 40, nº 1, 2007. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen40/vol40-num1/40-1n05.htm>

²⁹ Conde F, Pérez A C. La investigación cualitativa en salud pública. Rev Esp Salud Pública. [Revista en Internet] 1995; 69(2): 145-149. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_2_145.pdf

³⁰ Hirmas Aduay M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda A M, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev panam salud pública [Revista en Internet]. 2013; 33(3): 223–9. Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=571&Itemid=

³¹ Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bulletin of the World Health Organization. 1978; 56(2): 295–303. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56\(2\)_295-303.pdf](http://whqlibdoc.who.int/bulletin/1978/Vol56-No2/bulletin_1978_56(2)_295-303.pdf)

³² Liga Colombiana Contra el cáncer. Guías generales para los programas de citología de cuello uterino Laboratorios de citología. Programa Control de Calidad en Citologías. Mayo 2005. Disponible en: http://www.ligacancercolombia.org/pdfs/drrollo_institucional/manual%20calidad%20laboratorio%20citologia.pdf

³³ Solomon D, Davey D, Kurman R et al. The 2001 Bethesda System. Terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002; 287:2114-9. Disponible en: http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/File/Solomon_2001%20Bethesda%20System.pdf

³⁴ Thomas C. Wright, J.Thomas Cox, L.Stewart Massad, Jay Carlson, Leo B. Twiggs, Edward J. Wilkinson. 2001 Consensus Guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. American journal of obstetrics and gynecology. [revista en la Internet]. 2003 Julio. [citado 2013 Oct 05]; 189 (1): 295-304. Disponible en: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(03\)00694-X/fulltext](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(03)00694-X/fulltext)

³⁵ Castro Vásquez MC, Arellano Gálvez MC. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2010 Junio [citado 2013 Abr 23] ; 52(3): 207-212. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300004&script=sci_arttext

³⁶ Murillo Moreno RH. La prevención del cáncer más allá de las pruebas de tamizaje. Revista Colombiana de Cancerología. Junio 2003; 7 (2): 23-33 Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2003%20Vol%207\(2\)/rcc2003v7n2a5.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2003%20Vol%207(2)/rcc2003v7n2a5.pdf)

³⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Circular conjunta externa nº0000041 del 13 de agosto de 2012. Introducción de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano VPH en el esquema nacional de vacunación. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC-de-la-vacuna-contr-el-cancer-cuello-uterino.aspx>

³⁸ República de Colombia, Ministerio de Salud Resolución 412 de 2000 Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las 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. Disponible en: www.pos.gov.co/Documents/Archivos/.../resolucion_412_2000.pdf

³⁹ OMS/OPS. Resolución WHA58.22. Prevención y control del cáncer. 2005. Disponible en: http://www.who.int/cancer/media/news/WHA58_22-sp.pdf

⁴⁰ Ministerio de Salud. Resolución 3384 de 2000. Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCI%C3%93N%203374%20DE%202000.pdf>

⁴¹ Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 029 de 2011 “Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud”. Disponible en:

<http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdo29de2011.pdf>

⁴² República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012. “Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”. Diario Oficial No. 48.660 de 31 de diciembre de 2012 Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%204505%20de%202012.pdf>

⁴³ Ley 1384 de 2010. Congreso de la República. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. (Diario Oficial No. 47.685 de 19 de abril de 2010). Disponible en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2010/ley_1384_2010.html

⁴⁴ Huertas J, Rivillas-García JC, Ospina M. Progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la mortalidad por cáncer de cérvix desciende en Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 33(2). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/progreso-odm-col-cancer-cervix-huertas-rivillas-ospina.pdf>

⁴⁵ República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 2011. Documento CONPES Social (Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia) N° 140 Modificación de CONPES Social 91 del 14 de Junio de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015 Disponible en:

<https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=rSQAQZqBj0Y%3D&tabid=1235>

⁴⁶ República de Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo N° 229 de 2002. “Por el cual se define la proporción de

la UPC-S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención, entre otros”. Diario oficial 44.847 del 26 de junio de 2002 Bogotá. Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/ACUERDO%20229%20DE%202002.pdf>

⁴⁷ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo N° 282 de 2004. “Por el que se fija la UPC del POS de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2005 y se fijan otras disposiciones”. Bogotá. 2004. Disponible en:

http://www.pos.gov.co/Documents/Normativa%20Regimen%20Subsidiado/Acuervo_282_2004.pdf

⁴⁸ Presidencia de la República. Decreto 0196 de 2013. (Febrero 12). Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial 48702 de febrero 12 de 2013) Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Decreto%200196%20de%202013.pdf>

⁴⁹ Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Por la cual se establecen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007) disponible en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2007/ley_1122_2007.html

⁵⁰ Piñeros M, Pardo C, Gamboa O, Hernández G. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Bogotá: Imprenta Nacional; 2010. Disponible en:

<http://www.cancer.gov.co/documentos/Libros/Parte%20X%20-%20Resultados.pdf>

⁵¹ García Soto G, Pachón-Rincón JJ, Smith Meneses RC, ZuletaTobón J. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol [Revista en Internet]. 2007 Mar [citado 2013 Apr 25] ; 58(1): 21-27. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342007000100004&lng=en

⁵² Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Guía de Práctica Clínica N° 3. Bogotá: INC; 2007. Disponible en:

<http://www.cancer.gov.co/documentos/RecomendacionesyGuias/GuiaN3.pdf>

⁵³ Gaitán Duarte H, Rubio Romero J., Eslava Schmalbach J. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una Clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, Colombia 1999- 2003. Rev. salud pública [Revista en Internet]. 2004 Nov [citado 2013 Abril 25] ; 6(3): 253-269. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000300003&lng=en

⁵⁴ Arias Rentería A. Botero Bahena S. Castaño Castrillón J. Chicué Prado J. Díaz Ramírez D. Giraldo González G. López López A. Sánchez Cubillos S. Villegas Arenas O. Zamudio M. Hallazgos en la citología vaginal y colposcopia y su asociación con infección por VPH y otros factores de riesgo para cáncer de cérvix en mujeres atendidas en entidades de Manizales (Colombia), 2000-2007 Archivos de Medicina [Revista en Internet], vol. 10, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 151-162, Universidad de Manizales Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819503005.pdf>

⁵⁵ Instituto Nacional de Cancerología. Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. Biomédica (Bogotá) [Revista en Internet]; 28(4): 467-470, diciembre 2008. Disponible en:

<http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download/52/53>

⁵⁶ Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Boletín informativo del Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles N° 001-Cáncer de Cérvix. Abril 2010. Disponible en: http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/BoletinCronicas/BOLETIN_CANCER_CERVIX.pdf

⁵⁷ Wiesner Ceballos C, Tovar Murillo S L, Piñeros Petersen M, Cendales Duarte R. La oferta de servicios para tamización de cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Cancerol. [Revista en Internet] 2009; 13:134-44. Disponible en: [http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013\(3\)/rcc2009v13n3a03.pdf](http://www.cancer.gov.co/documentos/RevistaCC2009%20Vol%2013(3)/rcc2009v13n3a03.pdf)

⁵⁸ Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 del 04 de Octubre 1993 en la cual establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf>

⁵⁹ Consulta en línea de las afiliaciones de una persona al sistema a través del Registro Único de Afiliados "RUAF" del Sistema Integral de Información para la Protección Social SISPRO [Consultado 2014 Mar 03]; <http://ruafsvr2.sispro.gov.co/RUAF/Cliente/WebPublico/Consultas/D04AfiliacionesPersonaRUAF.aspx>

⁶⁰ Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, del Sistema de Seguridad Social para todos los regímenes. [Consultado 2015 May 31]; <http://www.fosyga.gov.co/Consultas/BDUABasedeDatosUnicadeAfiliados/AfiliadosBDUA/tabid/436/Default.aspx>

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico uterino. Washington DC. 2003. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-accp-manual.pdf>

⁶² Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. Boletín informativo del Programa de Enfermedades Crónicas No transmisibles N° 001-Cáncer de Cérvix. Abril 2010. Disponible en:

http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/BoletinCronicas/BOLETIN_CANCER_CERVIX.pdf

⁶³ Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Guía de Práctica Clínica N° 3. Bogotá: INC; 2007. Disponible en:

<http://www.cancer.gov.co/documentos/RecomendacionesyGuias/GuiaN3.pdf>

⁶⁴ Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). [Revista en Internet] 2010; 12 (1): 1-13. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n1/v12n1a01>

⁶⁵ Castaño Ramírez IM. Barreras administrativas para la atención de la mujer con resultado de citología cervicouterina positiva en una E.S.E de Palmira 2010. Trabajo de Grado para optar por el título de Magister en Administración de Salud- Universidad del Valle. 2011.

⁶⁶ Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia: Los principios. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud -PARS Ministerio de la Protección Social 2008. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

⁶⁷ Garcés Palacio IC, Rubio León DC, Ramos Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Rev. Gerenc. Polít. Salud. [Revista en Internet] 2014; 13(27): 200-211. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/11967/9801>

13. ANEXOS.

Anexo A. APROBACIÓN COMITÉ INSTITUCIONAL DE REVISIÓN EN ETICA HUMANA CIREH UNIVERSIDAD DEL VALLE

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



ACTA DE APROBACIÓN N° 018-013

Proyecto: **ACCESO AL DIAGNOSTICO DE LESIONES CERVICALES DEFINIDAS POR ANORMALIDAD EN LA CITOLOGIA CERVICO UTERINA, CALI 2012**

Sometido por: **ELSA P. MUÑOZ/DIANA P. OSPINA**

Código interno: **164-013** Fecha en que fue sometido: **08** **10** **2013**

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resumen del proyecto | <input checked="" type="checkbox"/> Protocolo de investigación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formato de consentimiento informado | <input checked="" type="checkbox"/> Instrumento de recolección de datos |
| <input type="checkbox"/> Folleto del investigador (si aplica) | <input checked="" type="checkbox"/> Cartas de las instituciones participantes |
| <input type="checkbox"/> Resultados de evaluación por otros comités (si aplica) | |

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité;

3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente Clasificación de Riesgo:

SIN RIESGO RIESGO MEDIANO RIESGO MAYOR DEL MEDIANO

4. Que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

7. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

8. Informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones a sujetos humanos.



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
9. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
10. El investigador principal deberá informar al Comité:
- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma: 
Nombre: **ROBERTO E. CUENCA F.**
Capacidad representativa: **PRESIDENTE (E)**
Fecha: **25 11 2013**
Teléfono: **5185677**

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma: 
Nombre: **MAURICIO PALACIOS**
Capacidad representativa: **VICEDEGANO (E) DE LA FACULTAD DE SALUD**
Fecha: **25 11 2013**
Teléfono: **5185680**

Anexo B. ACEPTACIÓN MODIFICACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



Santiago de Cali, 12 de Mayo de 2014

Profesora:
ELSA P. MUÑOZ
Atn.
DIANA P. OSPINA
Escuela de Salud Pública
Facultad de Salud
La Universidad

El Comité de Ética revisó su comunicación con fecha de 29 de abril de 2014, referente al proyecto "ACCESO AL DIAGNOSTICO DE LESIONES CERVICALES DEFINIDAS POR ANORMALIDAD EN LA CITOLOGIA CERVICO UTERINA, CALI 2012" (164-013) y acepta su solicitud de modificación del protocolo.

Atentamente,


FLORENCIA VELASCO DE M.
Presidenta
Comité Institucional
Revisión de Ética Humana

Anexo C. CERTIFICACIÓN RED DE SALUD CENTRO E.S.E PARA EL USO INFORMACIÓN LABORATORIO DE REFERENCIA DE CITOLOGÍAS



3.16.1.251

EL SUBGERENTE CIENTIFICO DE LA RED SALUD CENTRO – ESE

CERTIFICA:

Que se autorizó a la enfermera **DIANA PATRICIA OSPINA BASTIDAS**, estudiante de la Maestría en Administración de Salud de la Universidad del Valle, para tener acceso a la base de datos e historias clínicas de las usuarias atendidas en los servicios de toma de muestras, Laboratorio de Referencia de Citologías y Colposcopia con anomalía en la citología cérvico-uterina durante el año 2012, en la Red Salud Centro – ESE.

Para constancia de lo anterior se firma la presente a los siete (7) días del mes de Noviembre de 2013.

Jhon Faber Ramirez G.
JHON FABER RAMIREZ
SUBGERENTE CIENTIFICO ASISTENCIAL *JFR*

RED DE SALUD CENTRO E.S.E.
SEDE ADMINISTRATIVA CRR 12E # 50-18 B/VILLACOLMBIA
CENTRO DE SALUD DIEGO LALINDE
CALI – VALLE
PBX: 4851717 EXT 1024 EMAIL: saludcentro@esecentro.gov.co

Anexo D. CONSENTIMIENTO INFORMADO



ACCESO AL DIAGNOSTICO DE LESIONES CERVICALES DEFINIDAS POR ANORMALIDAD EN LA CITOLOGÍA CÉRVICO UTERINA, CALI 2013.

C.I N° _____

El estudio denominado acceso al diagnostico de lesiones cervicales en mujeres con anomalía en la Citología Cérvico Uterina, Cali 2013. Busca explorar las barreras para la confirmación diagnóstica de las anomalías inicialmente reportadas en la citología cérvico uterina de las usuarias que se realizaron esta prueba de tamizaje entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del año 2013 en alguno de los hospitales, centros o puestos de salud de la Red Pública de Santiago de Cali.

Se espera la participación de usted y de 140 mujeres más, que fueron reportadas en el año 2013 con alguna anomalía en la citología y que para la fecha en la que se tomaron la citología no contaban afiliación a alguna EPS.

Su participación en este estudio consiste en responder una entrevista que dura aproximadamente 1 hora donde se le indagará a cerca de: los motivos por los cuales consultó a los servicios de salud, su experiencia frente a la toma de la citología y entrega del resultado. Su experiencia con el personal de salud, las orientaciones que recibió, los tramites que debió realizar y las barreras que percibió durante todo su tránsito por los servicios de salud y demás instancias para lograr la confirmación de su diagnóstico a través de la colposcopia/biopsia.

La mujer que decida participar en este estudio, lo hará mediante esta autorización escrita donde se le garantiza que no someterá a ningún tipo de riesgo, ni incurrirán en ningún tipo de gasto. Este estudio también contempla mecanismos para garantizar la confidencialidad necesaria para el manejo de la información otorgada por las participantes durante las entrevistas y la revisión de los registros clínicos. Por esto, se garantiza que no se publicaran los datos de identificación de las participantes y que los investigadores custodiaran la información recolectada durante la investigación, con la cual se espera analizar las barreras que tienen las mujeres en Cali para acceder a los servicios de Colposcopia/Biopsia.

Por esto yo _____, acepto participar de este estudio y comprendo que mi participación será totalmente voluntaria, que no recibiré pago por mi participación y entiendo que si en cualquier momento decido dejar de participar en este estudio, puedo hacerlo libremente sin que esto me represente implicaciones.

Firma: _____ Fecha: _____

Cedula de ciudadanía n° _____ de: _____

Firma Testigo 1: _____ Firma Testigo 2: _____

Cedula de ciudadanía n°: _____ Cedula de ciudadanía n°: _____

Muchas gracias por participar en este estudio, una vez se tengan los resultados de la investigación, se le darán a conocer los resultados. En caso de cualquier duda, se pueden comunicar con la investigadora principal Diana Patricia Ospina Bastidas, Enfermera y estudiante de la Maestría en Administración de Salud de la Universidad del Valle al móvil: 3007805184 o al correo electrónico: dvanospina@hotmail.com o con la docente de la Universidad del Valle Dra. Elsa Patricia Muñoz Laverde al móvil 3154132737.

Firma del Investigador: _____

Cualquier duda, también pueden solicitar ampliación de este proyecto de investigación con la Dra. Florencia Velasco – Presidenta del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana “CIREH” de la Universidad del Valle – Sede San Fernando al teléfono 5185677 ó al correo electrónico: eticasalud@correounivalle.edu.co

Autorizo utilizar esta información en investigaciones similares

***Copia para la Participante**