

**FACTORES AMBIENTALES, SOCIALES Y COMPORTAMENTALES
RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DETECCIÓN
TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 25 A 49
AÑOS EN CIRCASIA, QUINDIO 2015**



**MAYRA ALEJANDRA BENITEZ DORADO
CAROL JOHANNA CASTRO OSORIO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
IV COHORTE
MANIZALES
2015**

**FACTORES AMBIENTALES, SOCIALES Y COMPORTAMENTALES
RELACIONADOS CON LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE DETECCIÓN
TEMPRANA DE CÁNCER CUELLO UTERINO EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS
EN CIRCASIA, QUINDIO 2015**

**MAYRA ALEJANDRA BENITEZ DORADO
CAROL JOHANNA CASTRO OSORIO**

Trabajo de grado para optar el título de Magíster en Salud Pública

Directora de tesis: PhD. MARÍA DEL CARMEN VERGARA QUINTERO

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
FACULTAD DE SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
IV COHORTE
MANIZALES
2015**

RESUMEN

Objetivo: Interpretar la relación de los factores ambientales, sociales y comportamentales asociados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres entre 25 a 49 años de edad del municipio de Circasia Quindío en el año 2015.

Metodología: Investigación cualitativo con una enfoque descriptivo e interpretativo, ya que a través de esta se buscó enfatizar en creencias y prácticas culturales que condicionan el uso de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino. El proceso de recolección de información consta de la aplicación de 100 encuestas y 5 entrevistas a mujeres entre los 25 y 49 años de edad, el cual se llevó a cabo con mujeres en tres barrios de 43 los cuales albergaban el mayor número de mujeres que nunca se habían realizado la citología o llevaban más de 3 años sin la realización de esta además, a partir de registros analíticos especializados -RAES se recogió la información del componente ambiental. Tanto para la recolección y análisis de información se tuvo en cuenta los tres componentes establecidos en el modelo de Ronald Andersen 1995 los cuales son: ambiental, características de la población (social) y comportamiento en salud.

Resultados: Los factores ambientales, sociales y comportamentales relacionados con la utilización de la citología cérvico uterina convergen en que la cercanía a la institución de salud, la atención oportuna del servicio y el no pago no aseguran la asistencia al procedimiento. Lo que más condiciona el querer la atención son síntomas ginecológicos reales.

Conclusión: El autocuidado está desplazado por el cuidado de la familia, “la vergüenza” y la “falta de tiempo”; solo se busca atención para tratamiento no se ve importante la prevención. Factores como el género de la persona que realiza el examen y el estado de ánimo de estos al momento de realizarse el examen son factores que condicionan los futuros controles

Palabras claves: Uso de servicios de salud, detección temprana, citología cérvico uterina.

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	10
1. ANTECEDENTES	13
2. AREA PROBLEMÁTICA.....	22
3. JUSTIFICACIÓN	26
4. MARCO TEÓRICO.....	32
4.1 Marco Contextual	32
4.1.1 Localización	32
4.1.2 División política del Municipio.....	33
4.1.3 Contexto Demográfico	35
4.1.4 Servicios de Salud.....	36
Fuente: Matrices de programación por EPS 2013.	39
4.2 Marco Normativo	42
4.2.1 Declaración del Alma Ata	42
4.2.2 Constitución Política de Colombia 1991.....	47
4.2.3 Ley 100 de 1993	49
4.2.4 Política Nacional de Salud	50
4.2.5 Resolución 412 de 2000	53
4.2.6 Plan Decenal de Salud Pública	58
4.3 Marco Conceptual	59
4.3.1 Atención Primara en Salud	59
4.3.2 Detección Temprana	60
4.3.3 Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino.....	60
4.3.4 Demanda Inducida	60
4.3.5 Acceso de Servicios de Salud	61
4.3.6 Evolución de los modelos de investigación que permiten el análisis de acceso a los servicios de salud.	61
5. OBJETIVOS.....	69
5.1 Objetivo General.....	69

6.2 Objetivos Específicos	69
7. REFERENTE METODOLÓGICO	71
7.1 Enfoque.....	71
7.2 Método	71
7.3 Unidad de Trabajo	72
7.4 Unidad de Análisis	73
7.5.1 Encuesta	76
7.5.2 Entrevista	78
7.6 Organización de la información	78
7.7 Plan de Análisis.....	79
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	80
9. RESULTADOS	82
9.1 Características ambientales de las mujeres de 25 a 49 años del área urbana del municipio de Circasia, Quindío pertenecientes al régimen subsidiado.	82
9.1.1 .Ambiente externo (Territorio y Demografía)	82
9.1.1.2 Sistema de atención de Salud.....	84
9.2 Factores sociales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad	84
9.2.1 Características de predisposición	85
9.2.2 Disponibilidad de recursos	86
9.2.3 Necesidad.....	88
9.3 Factores comportamentales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad.	90
9.3.1 Elecciones de salud personal.....	92
9.3.1 Uso de servicios de salud	94
10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	98
11. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES	108
12. CONCLUSIONES	109
13. RECOMENDACIONES	115
14. LIMITACIONES	120

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121
16. ANEXOS.....	127
16.1 Anexo 1. Consentimiento informado	127
16.2. Anexo 2. Encuesta	129
16.3 Anexo 3. Guía de Entrevista	134
16.4 Anexo 4. RAES	136
16.5 Anexo 5. Matriz de análisis categorial	138

LISTAS DE TABLAS

Tabla 1. Volumen poblacional Circasia 2005-2020.....	35
Tabla 2. Pirámide de la población subsidiada 2014.....	37
Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento de actividades PEDT 2013.....	38
Tabla 4. Indicadores PEDT municipio de Circasia, Q. 2014.....	39
Tabla 5. Distribución Población Urbana sin toma de citología cervicouterina.....	73
Tabla 6. Categorías de análisis.....	74
Tabla 7. Características de predisposición: estado civil, nivel educativo y ocupación de las mujeres participantes del estudio.....	85
Tabla 8. Disponibilidad de recursos y necesidad: ingresos, integrantes por familia, red de apoyo, percepción de necesidad de las mujeres participantes del estudio.....	87
Tabla 9. Factores comportamentales: aspectos relacionados con la toma de la citología cervicouterina en las mujeres participantes del estudio.....	90

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Acceso a los servicios de salud y sus dominios.....	64
Ilustración 2. Estructura para el estudio del acceso.....	65
Ilustración 3 Modelo de utilización de los servicios de salud.....	66
Ilustración 4. Aplicación del modelo de Andersen en el acceso a los servicios de citología cervicouterina en las mujeres de Circasia.....	97

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Localización municipio de Circasia, Q.....	32
Mapa 2. División político administrativa y límites, urbana:.....	33
Mapa 3. División político administrativa y límites, rural.....	34

PRESENTACIÓN

Desde la declaración de Alma Ata en 1978, los países han trabajado por la transformación de una sociedad afectada por la pobreza y la desigualdad, trazando la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como herramienta de equidad social, intentando de esta manera poder alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (1); es así como Colombia con la ley 100 de 1993 buscó reorientar los servicios de salud hacia la atención primaria, cobertura universal, acceso equitativo y servicios con calidad, entre otros (2).

Sin embargo, el acceso a los servicios de salud en Colombia se ve limitado principalmente por variables como la edad, el sexo, la escolaridad, el aseguramiento y el nivel socioeconómico (3). Los estudios e investigaciones existentes, en su mayoría están dirigidos a identificar dichos factores desde diferentes perspectivas, son escasos los estudios que analizan la influencia de factores como creencias, actitudes, conocimientos y necesidades en salud relacionados con el proceso salud – enfermedad y la percepción del mismo (4); por lo que fue necesario explorar este fenómeno, estableciendo el significado que los acontecimientos y las experiencias que la vida tienen en las decisiones y el comportamiento de las personas relacionados con su salud.

Basados en lo anterior, se llevó a cabo un estudio cualitativo basado en el modelo de Ronal Andersen 1995 (5), que permitió establecer los factores ambientales, sociales y comportamentales relacionados con la utilización de servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino de la población femenina de 25 a 49 años de edad, del régimen subsidiado que residen en el área urbana del municipio de Circasia Quindío 2015. Este aspecto fue abordado debido a la poca cobertura que alcanzó dicho programa, evidenciada en la evaluación de las mismas

en los años 2013 y 2014 (6) (7) además, la razón incidencia/mortalidad que en los últimos años va en aumento y por ser considerado foco de interés de la salud pública (8).

La recolección de la información se realizó partiendo de las tres dimensiones estipuladas en el modelo de utilización de servicios de salud de Anderson 1995, donde los factores ambientales fueron identificados a partir de Registros analíticos especializados (RAES) de información secundaria, cuyas reseñas permitieron identificar aspectos que contextualizan el entorno social, político, económico y cultural de las mujeres circasianas de 25 a 49 años de la zona urbana del municipio; los demás componentes del modelo como lo son: las características de la población y el comportamiento en salud fueron identificados por medio de 100 encuestas, y cinco entrevistas semiestructuradas, cuyos resultados permitieron identificar los factores predisponentes y facilitadores para la toma de la citología cérvico uterina, los cuales se agrupan en categorías de la siguiente manera:

Factores predisponentes: La cercanía a la institución, el cuidado a los hijos y pareja, la falta de tiempo y preocupación, síntomas ginecológicos, el trato y el sexo del personal responsable de la toma de la citología, son limitantes expresados por el grupo de participantes que cada día retrasan más la realización de este procedimiento.

Factores facilitadores tales como: Contar con una red de apoyo suficiente, identificar médico como fuente de ayuda ante una situación de enfermedad específica, conocimiento de los programas de promoción y prevención ofrecidos por la ESE, reconocimiento como importante el realizarse la citología, conocimientos suficientes frente al cáncer de cuello uterino y la detección temprana y ausencia de trámites administrativos, son fortalezas que hacen que en un momento dado tome la decisión de realizarse la citología.

El análisis de dichas categorías contribuye a generar recomendaciones para la reorientación de las intervenciones con el fin de generar impacto en la toma de citología cérvico uterina de acuerdo al entorno social, cultural, político y físico en el que se desenvuelve la población.

1. ANTECEDENTES

En este apartado se describen los antecedentes internacionales, nacionales y locales que contextualizan el desarrollo del proyecto además, se comentan estudios previos y sus experiencias.

Tras la realización de las diferentes conferencias a nivel Mundial como Adelaida (9), Ottawa (8) y Alma Ata (1) se establecieron los estándares que orientan las intervenciones en salud que existen en nuestros días, las cuales están dirigidas principalmente hacia el abordaje de los determinantes sociales de la salud y al cumplimiento de la meta salud para todos en el año 2000.

Entre las estrategias presentadas se incluyó un factor clave para el éxito de lo propuesto en dichas conferencias, lo cual apunta a la actuación intersectorial hacia un mismo objetivo, que consiste en garantizar el *“máximo grado de Bienestar Físico, Social y Mental en todos los ámbitos del desarrollo humano”* (11); además, se exalta como principal estrategia del sector salud la APS, la cual busca descentralizar la atención en salud de la infraestructura hospitalaria o nivel de prevención terciaria, y desplazarla a los diferentes sitios donde la comunidad, vive, trabaja, estudia y se desarrolla para llevar a cabo la prevención desde el primer nivel .

A través de la APS se reorienta los servicios de salud hacia un enfoque comunitario y de prevención primaria, quebrantando las barreras de acceso a los servicios de salud y desplazando los mismos hacia un ambiente palpable en la comunidad con el fin último de generar un impacto positivo en la salud de la población. En la actualidad la APS continúa vigente, pese que no se logró el objetivo para el año

2000, los esfuerzos de todos los países se centran en cumplir este objetivo cada vez más postergado (1).

En Colombia con la Creación de la ley 100 de 1993 (2), se materializa la declaración de Alma Ata, con ella se fundamenta el acceso a los servicios de salud para toda la población y se plantean cada una de las barreras que se tienen que mitigar para lograr el más alto grado de bienestar en la comunidad.

Se reorienta entonces el modelo curativo en salud hacia un modelo preventivo, se descentralizan los recursos para la salud, se crean las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y estas a su vez, focalizan sus recursos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las cuales finalmente son las que ejecutan las estrategias de intervención.

La ley 100 buscó también romper con las inequidades de acceso por medio de la creación de los regímenes de afiliación, los cuales fueron direccionados de acuerdo a la capacidad económica de cada individuo, donde 3 grandes grupos se crearon: contributivo la cual es la población con capacidad de pago; vinculados personas en clasificación nivel 3 que tiene alguna posibilidad de pago pero no se encuentra en el régimen contributivo y el régimen subsidiado donde se incluye toda la población sin capacidad de pago al sistema de salud y esta se paga con un porcentaje de aporte del régimen contributivo (2).

En la actualidad el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia sigue estructurado desde esta perspectiva, donde se evidencia un aumento en la población subsidiada y vinculada diferente a la población contributiva que tiende a disminuir, pero no logra romper con las inequidades, sino que tuvo un efecto contrario debido a la división de los planes de beneficios, los cuales fueron diferentes para cada régimen sin embargo, con la

reforma a la salud en la actualidad, existen los mismos planes para ambos regímenes, sin modificación en los trámites administrativos que demoran la atención pero siguen las diferencias en cuanto al acceso (12).

La APS en el país se fue reduciendo a un conjunto de servicios sectoriales de primer nivel regido por la resolución 0412 del año 2000 con sus normas técnicas y guías de atención (13) y la resolución 518 de 2015 que establece una serie actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida (14).

En Colombia el tema de acceso y utilización de los servicios de salud se ha investigado utilizando diferentes enfoques metodológicos, el estudio de: Atención en salud en Colombia, en el cual se aborda este tema desde un análisis descriptivo sin entrar en detalle el entendimiento de los factores que explican el comportamiento de la búsqueda de la salud en términos cualitativos, retratan la forma de acceso de los servicios de salud y sus barreras administrativas, enfocado en los atributos del sistema de salud centrándose en el tema sociopolítico, revisando barreras más que todo útiles para resolver problemas de la economía de la salud, dicha revisión sistemática busca aspectos convergentes acerca del tema de acceso a los servicios de salud cuya conclusión expresa que existen limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia, donde es necesario reorientar la evaluación integrando el contexto y la perspectiva de los actores en el uso de los servicios de salud (3).

Por otro lado, el estudio del "cuánto" al "por qué" de la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios mostró que pretendía identificar las *"modalidades y determinantes microsociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud"* desde la perspectiva de los usuarios, mostró que se debía ahondar en la intencionalidad de la persona para buscar los servicios de salud , tanto para prevenir como para resolver un problema (enfermedad), e identificar la

importancia que tiene para las personas saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones, este estudio es de tipo cualitativo, se basa en la morbilidad sentida sin embargo, no tiene en cuenta demás factores políticos, sociales y contextuales del tema aunque son resultados de la investigación al identificar que los dilemas de los usuarios para la utilización de los servicios de salud están influenciados por dichas causas (15).

Los estudios de acceso en Colombia, presentan varias restricciones según el estudio de barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia (12); cuyo análisis identifica que los estudios de acceso abordan un enfoque descriptivo expresando las frecuencias y aspectos cuantitativos de los patrones de utilización, con un mayor énfasis en el comportamiento del sistema de salud pero dejando de lado los determinantes psicológicos, sociales, epidemiológicos y socio-económicos de dichos patrones desde la perspectiva del usuario que según la investigación acerca de los factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socioeconómico se deben de abordar de manera holística (16).

Se identifica otro abordaje para el estudio de dicha interacción que se ha venido estudiando desde 1965 y es la utilización de los servicios de salud a partir de los modelos de los determinantes donde se involucra el contexto sociopolítico y el sistema de salud por medio de modelos que vinculan indicadores de proceso. Estos modelos son flexibles en su medición y posibilitan la adaptación de los mismos hacia los objetivos propuestos por cada investigador (12) sin embargo, a pesar que los estudios con base en los determinantes sociales se abordan desde diferentes dimensiones del contexto humano que condicionan la salud de la comunidad, están encaminados a la búsqueda de inequidades sociales como prioridad, por lo cual no se considera abordaje integral de este tema (17).

La medición para la utilización de los servicios de salud, se realiza en conjunto con la conducta y el contexto de la población, realizando el abordaje de dicho fenómeno desde una perspectiva metodológica diferente, que contemple los múltiples factores que predisponen a la utilización desde un análisis mixto que permita explicar el comportamiento de búsqueda de la salud desde la etapa de percepción de una necesidad y búsqueda de la atención. La utilización de los servicios en salud comprende diversos enfoques, los cuales son utilizados de acuerdo a los cambios epidemiológicos, contextuales, sociales y culturales de una población (16).

En la actualidad la utilización de los servicios de salud establece un vínculo estrecho con muchos autores que han hablado del tema a través del tiempo y a través de diferentes modelos que de acuerdo a los intereses del investigador arrojará un resultado según las dimensiones que encierran el contexto sociodemográfico y epidemiológico, el contexto social cultural y las características del servicio de salud.

Avedis Donabedian, es el primera persona que habló de utilización de los servicios de salud por medio de un modelo sencillo, donde toma como variables la atención del usuario y su interacción con el sistema de salud, las actividades que constituyen el proceso de atención, surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de salud o bienestar.

Este modelo de utilización de los servicios de salud fue la base para que otros autores diseñaran versiones más avanzadas para lograr resultados más objetivos (18).

Los diferentes enfoques de estudio de esta interacción, se estructuran mediante modelos con diferentes énfasis de investigación desde el epidemiológico,

conductual, social, cultural y económico, enfocándose en el psicológico social cuyo máximo precursor es Andersen.

El modelo de utilización de los servicios de salud de Andersen 1995, surge a partir del modelo de Donabedian, incluyendo la antropología médica como pilar para identificar las áreas problemáticas y así generar estrategias de intervención específicas del sector salud tomando como eje la cultura de la población. Este modelo es el más utilizado en las investigaciones de salud pública actuales.

Dicho modelo se considera dinámico ya que puede incluir métodos cuantitativos como cualitativos, con orientación a la parte cultural y las tradiciones desde los componentes como la evaluación de necesidad, los factores predisponentes y los factores facilitadores, estos componentes se encuentran inmersos en un sistema macro donde todos se relacionan entre si e identifican las características de los servicios y la utilización de los mismos, las características de la población, y la satisfacción de los usuarios (5).

En Colombia es poco explorado el tema de utilización de los servicios de salud a pesar de que ha este es un factor de gran utilidad para las investigaciones de salud pública, mucho menos el acceso a los servicios de protección específica y detección temprana, evidenciado en los pocos estudios que existen frente a este, teniendo en cuenta que a pese a la existencia de estos programas se mantienen las consultas por morbilidad y el costo en salud es cada vez mayor.

Sin embargo, estudios como “Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales” (19), y “Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias (20), proporcionan los primeros acercamientos hacia el interés que se tiene por encontrar la razón por la cual las personas no acuden a

los servicios de protección específica y detección temprana teniendo en cuenta que es beneficioso para el usuario, es gratis y no hay barreras de acceso estructurales, ni administrativas, según su normatividad.

El estudio de utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado en Manizales, se basan en una propuesta de mayor acercamiento de esta investigación sin embargo, no se evidencia un modelo en particular y el estudio se basa en una encuesta donde arroja solo datos cuantitativos, cuyos resultados han permitido encontrar en los contextos de cada uno de estos lugares respuestas que han ayudado a establecer acciones que contribuyan al aumento de coberturas y empoderamiento de la población hacia un autocuidado (19).

Para lo cual este estudio se basó en identificar aspectos similares utilizando un modelo de utilización de servicios de salud de Andersen 1995 desde el método cualitativo que permitió ahondar en el tema tomando factores contextuales y sociales propios de la población.

El aspecto delimitado para la utilización del servicio de salud para este estudio, estuvo enmarcado en los programas de promoción y prevención específicamente en la detección temprana de cáncer de cuello uterino, el cual seguido del cáncer de mama, es una de las principales causas de enfermedades oncológicas de todo el mundo; En Colombia la incidencia se calcula en 31.2 y 21.5 casos nuevos por 100.000 mujeres al año y es causa de morbilidad en mujeres mayores de 25 años el cual representa un problema de salud pública mayor (21).

Según cifras del Instituto Nacional de Cancerología el comportamiento del cáncer de cuello uterino en el departamento del Quindío es igual con tasas de incidencia del 38.1% centrado en mujeres de 37 años (22).

Este tipo de cáncer es uno de los prevenibles, detectables y tratables y su forma de detección es la realización de la citología cérvico uterina para todas las mujeres mayores de 25 años o menores que hayan iniciado vida sexual, es claro que un adecuado tratamiento puede generar reducciones importantes de morbilidad sin embargo, esta se encuentra condicionada por la falta de impacto de los programas orientados al control de este tipo de cáncer (23).

Debido a esto, se han realizado múltiples estudios a nivel nacional e internacional buscando la dinámica de la práctica de la citología cérvico uterina, ya que a pesar de que el acceso a la citología es gratuito, las cifras de morbimortalidad no descienden.

En los estudios encontrados a nivel nacional se destaca el de factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia mediante un método cualitativo utilizando grupos focales donde participaron 81 mujeres en los cuales se discutieron los temas de satisfacción con el sistema de salud, conocimiento acerca de la citología cérvico uterina y las prácticas de autocuidado, concluyendo este estudio que el miedo al examen, el dolor/incomodidad y la pena fueron reportados como las principales barreras para la toma de la citología, lo que coincide con estudios previos realizados en dichas comunidades, otro punto es la desconfianza con el personal médico y la atención deficiente de los servicios de salud (23).

Otro estudio similar es el de: Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México) donde se indaga por las percepciones de las mujeres acerca de la toma de citología cérvico uterina mediante un estudio cualitativo a través de grupos focales donde se

concluyen aspectos similares al estudio anteriormente citado sin embargo, en este grupo poblacional la falta de conocimiento acerca de la citología cérvico uterina es un factor clave que condiciona la utilización de los servicios y la sumisión a la voluntad del compañero sexual propio de la cultura (21).

En un estudio cualitativo donde se investiga la calidad del programa de detección temprana del Cáncer de Cuello uterino en Manizales, Caldas se determinó que la calidad de la prestación del servicio afecta de manera directa la detección del cáncer debido a las múltiples barreras administrativas en el proceso (24).

Es convergente el tema de calidad en la prestación de los servicios de salud, el aspecto cultural y social y el conocimiento acerca de la citología lo que condiciona el acceso a este servicio en diferentes contextos y ámbitos de las mujeres en las ciudades de Bogotá, Medellín y Caldas sin embargo, no se evidencia el uso de algún modelo específico que contraste los componentes de la investigación en este tema.

Finalmente, en la ciudad de Armenia se llevó a cabo un CAP respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10, estudio de corte transversal, el cual concluye que no existe coherencia entre el conocimiento, pensamiento y actitudes de las mujeres en edad reproductiva sin embargo, se es consciente de las limitaciones que tiene un estudio CAP frente a la exploración de actitudes y prácticas ya que no se ahonda vivencias, creencias, experiencias y temores necesario para determinar aspectos de índole sociocultural que permitan orientar los programas en salud (25).

2. AREA PROBLEMÁTICA

Con el fin de “*reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, alcanzar mejoría en los niveles de salud y garantizar la salud colectiva, buscando impactar positivamente las metas de salud pública del país*”, se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento que orientan las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública (13) esto con el fin de disminuir la tasa de morbilidad de la población a través de estrategias de captación temprana a los diferentes programas en el primer nivel de atención sin embargo, cada vez es más evidente la poca respuesta de la población (1), (26).

Al no ser demandados los servicios de protección específica y detección temprana de manera espontánea, las EAPB e IPS diseñan e implementan en acuerdo estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad (27) ,(28).

Teniendo en cuenta el contexto del municipio de Circasia Quindío, el ámbito de la promoción de la salud está a cargo del grupo extramural que a través de la demanda inducida casa a casa busca influir en la población para la búsqueda de la salud de manera preventiva y no curativa además, ofertan programas para la atención de toda la población sujeto (29), (30).

En función de esto, el Hospital San Vicente de Paul ubicado en este municipio, ha implementado estrategias de inducción a la demanda a estos servicios sin embargo, se evidencia en la evaluación de las actividades correspondientes a los años 2013 y 2014 que dicha cobertura no cumple un nivel óptimo en los diferentes programas (6), (7).

Dentro del proceso de evaluación de las diferentes estrategias planteadas por el hospital, el informe de gestión evidencia que para finales del año 2013 los programas no satisfacen los objetivos trazados para este año, mostrándose con más bajo porcentaje de cobertura los programas dirigidos a la población femenina en edades de 15 a 69 años, los cuales son (6):

- Vacunación (TD) (38%)
- Detección temprana de alteraciones de cáncer de cuello uterino (64%)
- Planificación Familiar (33%)
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual (44%)

Por otro lado, de acuerdo al seguimiento de actividades de protección específica y detección temprana plasmadas en la resolución 4505 de 2012 evidencia el incumplimiento en el total de indicadores del total de los programas en el municipio de Circasia para el año 2014 (7).

En este sentido, se evidencia que son programas dirigidos a la población femenina en su mayoría, y que no han proporcionado los resultado esperados pese a las estrategias implementadas para dar cumplimiento con las coberturas exigidas por las EAPB y ahora por MSPS de acuerdo a la caracterización poblacional presentada por estas, por otro lado según la documentación de la ESE, son programas que no necesitan cita previa y la atención es a libre demanda.

Mediante la revisión de indicadores de oportunidad de estos programas se evidencia que la asignación de citas para citología, agudeza visual y vacunación es de 1 día, y el porcentaje de efectividad de demanda inducida es del 31%.

Pese a que no se presentan trámites administrativos, ni de acceso además, de la búsqueda activa permanente a la población, la respuesta de la población es deficiente, evidenciándose en las bajas coberturas de los programas antes descritos, por tal razón este estudio buscó desde diversas fuentes identificar la causa desde un enfoque cualitativo (30).

Las bajas coberturas en el programa de planificación familiar (33%) llama la atención por ser de alto impacto en salud pública sin embargo, dentro de las coberturas de formulación de anticonceptivos (150%) desvía la atención, ya que es una de las más altas sobrepasando incluso el total de la población, lo que podría inferir a un sub registro de actividades y no a la poca respuesta de la población a estos servicios.

El programa de detección temprana del cáncer cuello uterino cumple con una cobertura 64% considerado deficiente, aun con la implementación de diversas estrategias para evitar las barreras administrativas y de acceso, abriendo sus horarios de atención, aumentando la demanda inducida e incluyendo este procedimiento en diferentes jornadas masivas para captar mayor población.

Además, es un evento que genera desenlaces catastróficos dentro de la población femenina y es una de las causas de mayor morbimortalidad, que equivale al 38% de las enfermedades oncológicas de la población femenina del Departamento del Quindío, centrándose en edades promedio de los 37 años según el Instituto Nacional de Cancerología (20).

Siendo la citología uno de los tamizajes más costo efectivos del mercado, es preocupante que las mujeres del municipio de Circasia no accedan a la misma, ya que aumenta la tasa de incidencia del cáncer de cuello uterino por su detección

tardía y por la edad de ocurrencia, se evidencia que la población femenina en su juventud se vería afectada.

Por lo anterior, fue escogido el programa de detección temprana del cáncer de cuello uterino para el desarrollo de esta investigación con el fin de identificar los factores condicionantes de la utilización del mismo, dando la posibilidad de indagar las diferentes dimensiones que abarca este fenómeno desde el modelo Andersen 1995, utilizado a lo largo de la historia para estudios en salud pública (5) desde sus tres componentes ambiental, características de la población (sociales) y comportamiento en salud, una vez obtenidos los datos con un enfoque en común dichos factores interactúan entre sí para obtener un análisis específico de la problemática a tratar (4).

Por lo expuesto anteriormente se planteó la siguiente pregunta de investigación:
¿Cuáles son los factores ambientales, sociales y comportamentales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino *en mujeres entre los 25 y 49 años de Circasia, Quindío?*

3. JUSTIFICACIÓN

Con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, Colombia establece acuerdos, resoluciones y leyes para dar cumplimiento a políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, buscando responder a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el análisis de situación de salud y caracterización de la población por cada una de las EAPB, cuya formulación y puestas en marcha han ido generando un gran impacto en los indicadores de salud (17), (31).

El principal indicador y el más conocido es el de la medición del acceso a los servicios de salud, la intencionalidad en la medición del mismo es un objetivo clave para la evaluación al sistema de salud y su capacidad de respuesta, como un feed back de oferta y demanda sin embargo, se ha vuelto un cálculo matemático que solo deja ver las características socioeconómicas de un grupo de personas y la capacidad de respuesta ante un sistema de oferta y demanda, se habla entonces que este es un indicador de producto y resultado (12).

La medición del acceso se concibe en tres definiciones, el acceso potencial lo cual verifica los recursos disponibles para brindar atención a todas las personas que lo demanden, el acceso real, el cual es el uso del servicio y el acceso efectivo que es la satisfacción o el resultado esperado al obtener el servicio de salud; La medición actual se basa en la consecución de una cifra significativa de cada una de estas subcategorías para el análisis del comportamiento social y político de la población (32).

El conocimiento de las modalidades bajo las cuales los individuos utilizan los servicios de salud, constituye una pieza clave para el diseño de políticas y estrategias tendientes a mejorar la entrega de servicios a la población, es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones (15) sin embargo, los estudios de acceso a los servicios de salud *se basan en encuestas de calidad de vida con importantes limitaciones, las razones de no uso se incorporan para complementar la evaluación de la calidad de los servicios no para evaluar el acceso por sí* (3). Dichos estudios abordan un análisis descriptivo sin entrar en detalle en el entendimiento de los factores que expliquen el comportamiento de la búsqueda de la salud, o en otras palabras ahondar en un indicador de proceso y no de producto o resultado (16).

El tema de acceso entonces se vuelve necesario para el desarrollo de un estudio fundamentado en el poco impacto en la prevención de enfermedades por medio de programas de protección específica y detección temprana, el cual para su medición se vuelve corto al entenderlo como un indicador matemático que busca medir un producto o un fin, por esta razón se buscó intensificar esta medición tomando un enfoque contextual y de determinantes donde se indagó el proceso de búsqueda de servicios de salud cambiando la perspectiva cuantitativa hacia una cualitativa.

Cada día los expertos en salud pública son más conscientes en la intervención de los factores conductuales en la prestación de la asistencia sanitaria de salud (4). El tema de acceso no solo debe contemplar formas de cuantificar dicha interacción oferta y demanda sino que desde la conducta y el contexto de la comunidad indagar la manera en cómo ésta interacciona con el medio y búsqueda de los servicios de salud.

Por otro lado, se busca indagar otro tema fundamental para el contexto de acceso, y es el estudio de los determinantes sociales, los cuales proponen modelos de análisis de la interacción entre el individuo y el sistema de salud, plasmados en el Plan Decenal de Salud Pública actual. Los determinantes abordan diferentes dimensiones del contexto humano que condicionan la salud de la comunidad sin embargo, los modelos existentes para el estudio de los mismos están encaminados a la búsqueda de inequidades sociales que impidan alcanzar el máximo estado de bienestar e interactuar con el sistema de salud.

Desde 1965 la utilización de los servicios de salud se ha estudiado a partir de los modelos de determinantes donde se involucra el contexto sociopolítico y el sistema de salud, los cuales se evalúan a través de indicadores de proceso. Estos modelos son flexibles en su medición y posibilitan la adaptación de los mismos hacia los objetivos propuestos por cada investigador (12).

Por lo anterior, se hace necesario el abordaje de dicho fenómeno desde una perspectiva metodológica diferente, que contemple los múltiples factores que predisponen la utilización de servicios desde un enfoque metodológico cualitativo, ya que estos generan un espectro más amplio y profundo que permitan explicar el comportamiento de búsqueda de la salud; además, el uso de modelos sociales que intentan abordar el análisis de determinantes desde la etapa de percepción de una necesidad y búsqueda de la atención (16).

En la actualidad al contemplar el tema de utilización de servicios de salud establece un vínculo estrecho con muchos autores que han hablado del tema a través del tiempo; Éste genera un vínculo directo a la utilización de un modelo propuesto, el cual de acuerdo a los intereses del investigador arrojará un resultado según dimensiones que encierran el contexto sociodemográfico y epidemiológico, el contexto social cultural y las características del servicio de salud.

El modelo de utilización de los servicios de salud de Andersen 1995, combina la sociología y la antropología y es el más utilizado en las investigaciones de salud pública, cuyo objetivo principal es identificar las áreas problemáticas para intervenir con estrategias del sistema de salud específicos y la cultura de la población (4), al indagar por la influencia de factores como las creencias y actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y sus necesidades se alcanzará una mejor comprensión del fenómeno lo que permitirá el re direccionamiento de programas, planes y proyectos que mejoren la salud de toda la población.

De acuerdo a lo anterior, esta investigación se basó en la utilización de los servicios de salud planteado por Andersen 1995, ya que las tres dimensiones principales de este, permitieron la obtención de un resultado integral y propositivo, dicho modelo permitió esclarecer el tema de utilización de los servicios de salud y así reorientar las estrategias para el incremento de coberturas en la actividades de protección específica y detección temprana; ya que en la evaluación se observa que los programas con coberturas más bajas son los que están dirigidos en su mayoría a las mujeres en edad fértil como son: vacunación, tamizaje visual, planificación familiar y detección de las alteraciones de cuello uterino durante el año 2013 (6) y para el año 2014 ningún indicador trazador fue cumplido por parte de la ESE (7); pese a la implementación de estrategias de demanda inducida como uno de los objetivos de desarrollo del municipio de Circasia, Quindío evidenciados en plan de acción (33).

Con base a lo anterior, se observa una similitud entre los programas con menos cobertura, ya que son dirigidos al género femenino en su mayoría entre los 15 y los 49 años de edad, donde se concentra el 57% de la población perteneciente al municipio (6).

Debido a que el cáncer de Cérvix es la tercera causa de muerte en las mujeres colombianas, la cual se ha mantenido través del tiempo (34), la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100000 mujeres en el año 2010 es de 7,9% y la meta de reducción en el Plan Nacional de Salud Pública para ese mismo año fue una tasa de mortalidad de 6,6 por 100000 mujeres y de 4,5 por 100000 mujeres en el año 2019 (8); una de las principales causas de muerte en el departamento del Quindío y en el municipio de Circasia según Análisis de Situación de Salud año 2013 son las neoplasias con 693 casos en el año 2011 y con un aumento progresivo desde el año 2009 a 2011 (34) además, dentro de los indicadores priorizados por cada una de las EAPB que hacen presencia en el municipio fueron incluidos la priorización de mortalidad específica por subgrupos de causas donde se encuentra la tasa ajustada de años de vida potencialmente perdidos por neoplasias y la priorización por mortalidad general, tasa ajustada por neoplasias y por último la proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina para el año 2014 no superan el 1% de cobertura para el régimen subsidiado (31) (7).

Por otro lado las necesidades femeninas en mujeres adultas, están relacionadas con las funciones reproductivas; adicionalmente ellas presentan altas tasas de morbilidad y discapacidad, y debido a su mayor longevidad tienen mayores riesgos de sufrir enfermedades crónicas (35).

Teniendo en cuenta que la mortalidad por cáncer sigue en aumento y así mismo el costo de inversión en salud para la rehabilitación del mismo, siendo prevenible mediante la detección temprana por medio de la citología cérvico uterina anual además, en la identificación de prioridades en salud jornadas de participación ciudadana-identificación de problemáticas según sectores 2011-2012, específicamente en el tema de salud pública se identifican debilidad en las acciones de promoción y prevención en las prioridades en salud (Salud mental, Salud Sexual

y reproductiva, Salud Infantil y Nutrición) (31) se escogió como tema central el estudio de los factores ambientales, sociales y comportamentales relacionados con la utilización de los servicios en salud para la detección temprana de las alteraciones del cáncer de cuello uterino en las mujeres de 25 a 49 años de edad del municipio de Circasia, Quindío de la cabecera municipal debido a que es la edad que representa la madurez física y mental de una mujer hasta la edad de 49 años donde finaliza la edad reproductiva de esta (37) y en el área urbana ya que allí reside el 74,8% de la población (36).

4. MARCO TEÓRICO

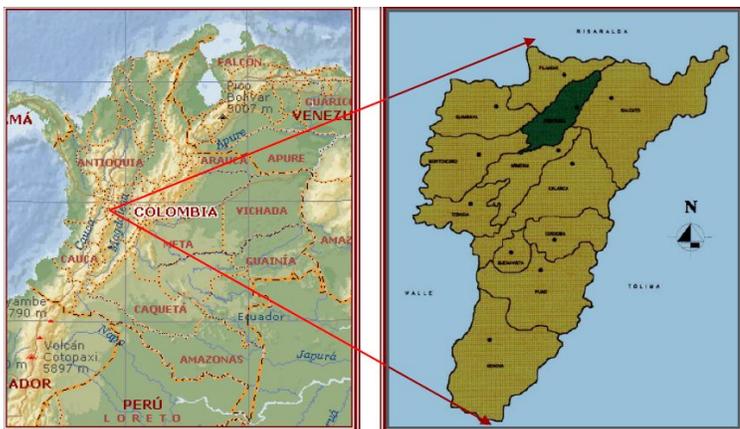
La teoría referenciada se basa en la fundamentación internacional, nacional y local acerca de la búsqueda y uso de los servicios de salud, la normativa que sustenta el enfoque preventivo de Colombia y la descripción contextual del municipio donde se llevará a cabo la investigación.

4.1 Marco Contextual

4.1.1 Localización

El municipio de Circasia, se encuentra ubicado en la Vertiente Occidental de la Cordillera Central del territorio Colombiano, y en el norte del departamento del Quindío, con una extensión territorial rural de 85,32 km² y urbana de 1,68 km², siendo uno de los tres municipios con mayor área en el departamento.

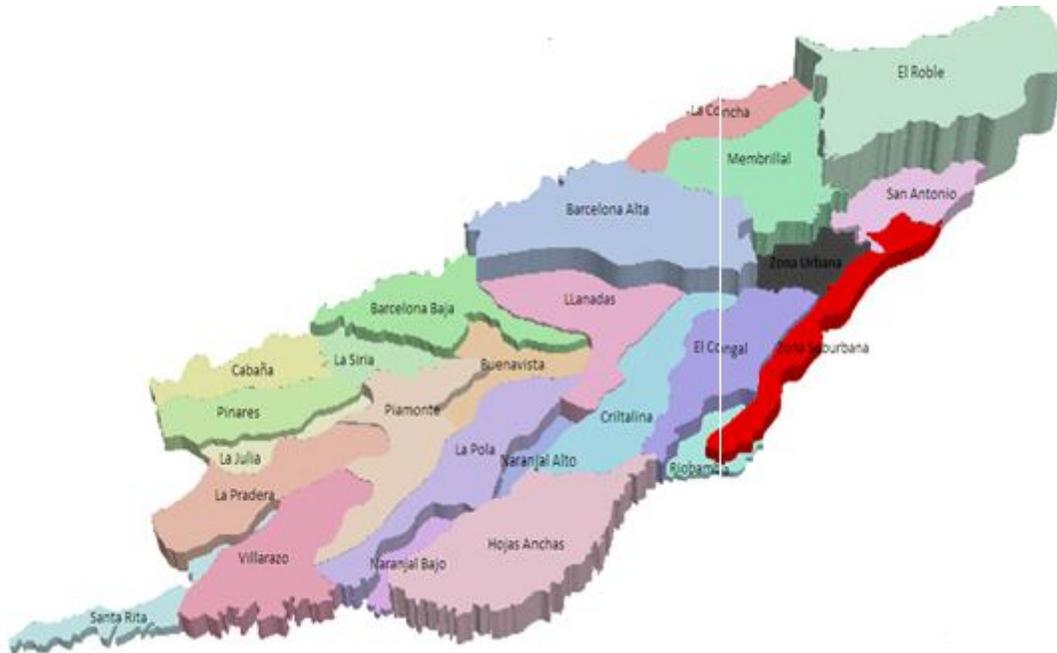
Mapa 1. Localización del Municipio de Circasia



Fuente: Agenda ambiental municipal. Circasia 2006

En la zona rural está dividida en 23 veredas: Barcelona Alta, Barcelona Baja, Buena Vista, La Concha, La Cabaña, La Julia, La Cristalina, La Pradera, Llanadas, La Pola, La Siria, El Congal, El Roble, Pinares, Piamonte, Hojas Anchas, Naranjal Alto, Naranjal Bajo, Santa Rita, Villarazo, Membrillal, San Antonio, Riobamba(33).

Mapa 3. División Político administrativa y límites, rural



Fuente: Documento de diagnóstico integral municipal 2012. Plan de desarrollo 2012-2015 “Un compromiso con lo nuestro”

Se caracteriza por un clima medio, húmedo y muy húmedo, la temperatura media es de 18 grados centígrados, una humedad relativa de 0,85 y una precipitación anual mm de agua de 181,10.

“Las vías se consideran estables y de alta calidad por donde se moviliza un importante volumen de tránsito automotor semanal (13.646 automotores en el corredor entre Armenia y Circasia) según el INVIAS”, la distancia en kilómetros a la ciudad capital del departamento es de 11,7 y un tiempo de llegada de 27 minutos en bus público (33).

4.1.3 Contexto Demográfico

En el Censo 2005 el Municipio de Circasia, se registró una población de 27.442 habitantes. En 2010 de acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE), tiene una población de 28.660 (incremento de 1.218hbts (4.24%) en el quinquenio. El crecimiento se sostiene año tras año según esta serie de tiempo, con una cifra promedio anual de crecimiento de 243hbts. Respecto a la ubicación espacial de la población en cabecera municipal o población resto, se identifica como el grado de urbanización de corresponder con 74.80%, es decir 21.985 habitantes en la cabecera municipal (vigencia 2013) (36).

Tabla 1 Volumen poblacional Circasia 2005 2020

Volumen (número de personas)									
Grupos de edad	2005			2013			2020		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
< 1 año	450	219	231	480	249	231	468	241	227
1 - 4 años	1.884	936	948	1.889	961	928	1.908	974	934
5 -14 años	5.464	2.732	2.732	4.703	2.340	2.363	4.702	2.387	2.315
15 - 24 años	4.469	2.242	2.227	5.148	2.593	2.555	4.600	2.289	2.311
25 – 44 años	7.713	3.709	4.004	7.592	3.675	3.917	8.463	4.201	4.262
45 – 59 años	4.378	2.125	2.253	5.526	2.681	2.845	5.790	2.772	3.018
60 – 79 años	2.704	1.330	1.374	3.521	1.686	1.835	4.579	2.137	2.442
> 80 años	381	171	210	534	236	298	675	290	385
Total	27.443	13.464	13.979	29.393	14.421	14.972	31.185	15.291	15.894

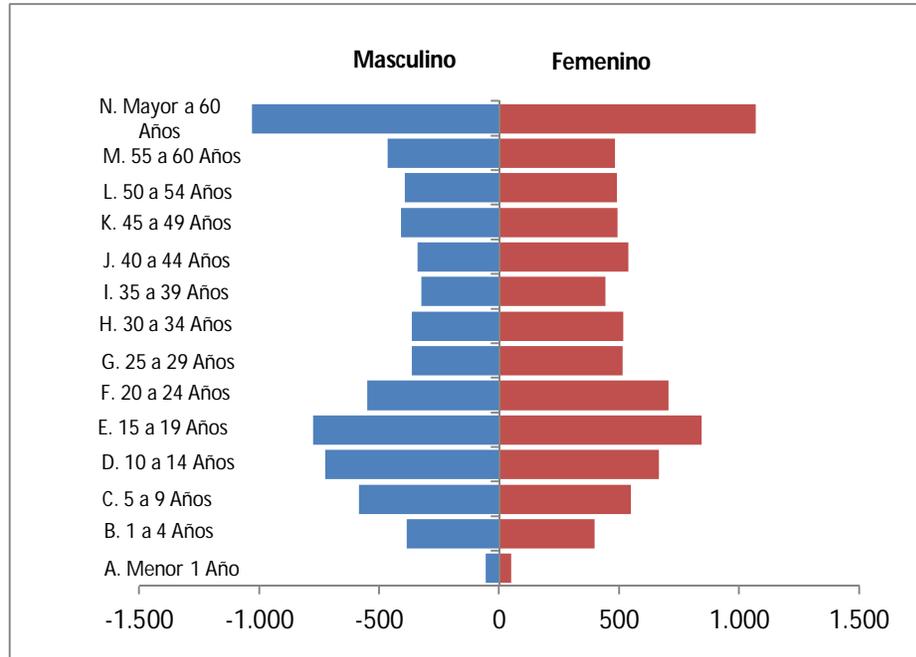
Fuente: DANE – Censo de Población 2005 y estimaciones poblacionales 2005 - 2020

4.1.4 Servicios de Salud

El municipio de Circasia, Quindío con el apoyo del Ente municipal, el plan local de salud desarrollan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y gestiona estrategias intersectoriales para generar acciones de intervención en la comunidad, según se plasma en la línea de salud 1.4 del plan de desarrollo municipal 2012-2015, cuando se plantean estrategias de ajustar e implementar un plan de salud pública territorial, orientado a la promoción de factores protectores y prevención de los riesgos en salud de la población circasiana con un enfoque diferencial (38).

El hospital San Vicente de Paul de Circasia, Quindío, conforma la red pública de prestadores de servicios de salud, esta dirige su atención a la población subsidiada y vinculada del municipio, la cual presta los servicios en salud incluidos en el primer nivel de atención. Cuenta con una población de 14.628 usuarios en el régimen subsidiado y 800 usuarios pobres no afiliados según bases de datos proporcionadas por el hospital , lo que corresponde al 55% de la población, la cual es de 28.660 habitantes según censo DANE 2007(33). Para la atención de estos usuarios, el hospital cuenta con capacidad instalada suficiente(39), y otros procesos implementados para la prestación de servicio con calidad, teniendo como oportunidad máxima a 2 días hábiles para morbilidad y protección específica y detección temprana, aunque la mayoría de estos no requiere solicitar cita previa; la atención intramural cuenta con horarios flexibles que contribuyen con la disminución de trámites para el servicio además, cuenta con un equipo extramural encargado de realizar actividades de captación e intervención en los diferentes barrios, veredas, colegios y lugares de concentración masiva con el fin de fomentar la salud en toda la población (29) (40).

Tabla 2. Pirámide de la población subsidiada 2014



Fuente: Base de datos de la población de la ESE enviadas por EAPB Enero 2014.

La IPS implementa continuamente actividades de inducción a la demanda tanto a nivel intramural como extramural, buscando captar al 100% de población (30), cuyo análisis de indicadores muestra que el porcentaje de no efectividad supera considerablemente el porcentaje de efectividad de la misma, de acuerdo con esto, se observa que la población no asiste a los servicios de salud con fines de prevenir la aparición de la enfermedad sino, cuando su estado de salud se encuentra alterado, esto es evidenciado según cifras de atenciones de morbilidad comparada con las coberturas en los programas de protección específica y detección temprana en el año 2013 y 2014 (30), lo cual es motivo de preocupación e incentivo de análisis para identificar dichas causas.

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento actividades de PEDT 2013.

PROGRAMA	PROCEDIMIENTO / DATO A REPORTAR	%META	META AÑO	CUMPLIMIENTO	%COBERTURA
VACUNACION	BCG	95%	56	36	64
	INFLUENZA B		120	464	387
	TD (Mayores 10-49 años)		2621	998	38
	DPT		327	852	261
	PENTA		0	449	
	VOP		395	801	203
	HEPATITIS B		164	494	301
	FIEBRE AMARILLA		189	175	93
	TRIPLE VIRAL		395	341	86
SALUD ORAL	SELLANTES (3-15 Años)	80%	2135	6877	322
	FLUOR (5-19 años)	80%	7098	5317	75
	DETARTRAJE (Desde dos años)	50%	1225	2359	193
	CONTROL PLACA (Mayores 12 años)	50%	9837	8334	85
PLANIFICACION FAMILIAR	INGRESO MEDICO	80%	118	39	33
	CONTROL POR ENFERMERA		1546	680	44
	INSERCIÓN DIU		13	9	69
	POMEROY		43	6	14
	ANT ORALES		1132	1783	158
	ANT INYECTABLES		260	2659	1023
	ANT EMERGENCIA		114	0	0
CANCER DE CERVIX	CITOLOGIA	80%	2842	1809	64
ALTERACION ADULTO MAYOR (A partir de los 45 años cada quinquenio)	INGRESO MEDICO	50%	504	295	59
	UROANALISIS		504	331	66
	CREATININA		504	331	66
	GLUCOSA EN SUERO		504	325	64
	HDL		504	331	66
	LDL		504	331	66
	COL TOTAL		504	332	66
	TRIGLICERIDOS		504	332	66
ALTERACIONES C Y D 0-9 AÑOS	INGRESO MEDICO	90%	69	262	380
	CONTROL POR ENFERMERA		2974	2584	87
ALTERACION DEL JOVEN	INGRESO MEDICO	75%	875	799	91
	HEMOGLOBINA		106	84	79
	INGRESO MEDICO		265	149	56
	SEROLOGIA		265	218	82
EMBARAZO	CONTROL MEDICO GENERAL	90%	393	905	230
	CONTROL POR ENFERMERA		367	15	4
	HEMOGRAMA		265	153	58
	HEMOCLASIFICACION		265	166	63

	UROANALISIS		418	293	70
	GLUCOSA EN SUERO		265	157	59
	ECOGRAFIA OBSTETRICA		435	13	3
	SUMINISTRO MULTIVIT		674	457	68
	CONSULTA ODONTOLOGICA		265	126	48
	VACUNACION td		416	124	30
	CONSEJERIA VIH		265	146	55
ALTERACION AGUDEZA VISUAL	TOMA DE A/V (4-11-16-45 años)	80%	834	370	44

Fuente: Matrices de programación por EPS 2013.

Tabla 4. Indicadores PEDT Municipio de Circasia, Quindío. 2014

INDICADORES PEDT MUNICIPIO DE CIRCASIA				
Nombre del Indicador	Nombre de la Entidad	Numerador	Denominador	Indicador calculado
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	CAPRECOM	29	42	69,05
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	CAFESALUD EPS	4	6	66,67
Proporción de gestantes con suministro de micronutrientes	ASMET -	26	61	42,62
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	CAPRECOM	0	42	0,00
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	CAFESALUD EPS	0	6	0,00
Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	ASMET	6	61	9,84
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	CAPRECOM	1	42	2,38
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	CAFESALUD EPS	0	6	0,00
Proporción de gestantes con tamizaje para Hepatitis B	ASMET	1	61	1,64
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	CAPRECOM	28	42	66,67
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	CAFESALUD EPS	3	6	50,00
Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	ASMET	22	61	36,07
Proporción de gestantes con sífilis gestacional que recibieron tratamiento	ASMET	0	4	0,00
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	CAPRECOM	12	42	28,57

Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	CAFESALUD EPS	0	6	0,00
Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	ASMET	28	61	45,90
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	CAPRECOM -	1	1041	0,10
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	CAFESALUD EPS	6	1998	0,30
Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	ASMET	7	1038	0,67
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	CAPRECOM -	1	42	2,38
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	CAFESALUD EPS	0	6	0,00
Proporción de gestantes con tamizaje para VIH	ASMET	9	61	14,75
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	CAPRECOM	22	616	3,57
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	CAFESALUD EPS	9	1034	0,87
Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	ASMET -	151	627	24,08
Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	CAFESALUD EPS	0	1	0,00
Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	ASMET -	0	2	0,00
Proporción de mujeres con toma de mamografía	CAPRECOM	2	486	0,41
Proporción de mujeres con toma de mamografía	CAFESALUD EPS	1	1088	0,09
Proporción de mujeres con toma de mamografía	ASMET	1	558	0,18
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	CAPRECOM	34	1079	3,15
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	CAFESALUD EPS	6	2030	0,30
Proporción de mujeres con consulta de planificación familiar	ASMET -	86	1109	7,75
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	CAPRECOM	31	1079	2,87
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	CAFESALUD EPS	8	2030	0,39
Proporción de mujeres con suministro de método de planificación familiar	ASMET	153	1109	13,80
Proporción de personas con consulta del joven	CAPRECOM	36	1328	2,71
Proporción de personas con consulta del joven	CAFESALUD EPS	13	2586	0,50
Proporción de personas con consulta del joven	ASMET	96	1409	6,81
Proporción de personas con control de placa bacteriana	CAPRECOM	443	3635	12,19

Proporción de personas con control de placa bacteriana	CAFESALUD EPS	49	6997	0,70
Proporción de personas con control de placa bacteriana	ASMET -	1527	3726	40,98
Razón de condones entregados a personas con ITS	CAPRECOM	0	6	0,00
Razón de condones entregados a personas con ITS	CAFESALUD EPS	0	1	0,00
Razón de condones entregados a personas con ITS	ASMET	22	52	0,42
Proporción de personas con consulta del adulto	CAPRECOM	8	524	1,53
Proporción de personas con consulta del adulto	CAFESALUD EPS	0	1109	0,00
Proporción de personas con consulta del adulto	ASMET	28	509	5,50
Proporción de personas con consulta por oftalmología	CAPRECOM	0	331	0,00
Proporción de personas con consulta por oftalmología	CAFESALUD EPS	26	710	3,66
Proporción de personas con consulta por oftalmología	ASMET -	19	329	5,78
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	CAPRECOM	24	462	5,19
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	CAFESALUD EPS	2	987	0,20
Proporción de personas con tamizaje de agudeza visual	ASMET -	106	497	21,33
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	CAPRECOM	0	42	0,00
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	CAFESALUD EPS	0	6	0,00
Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	ASMET	2	61	3,28
Proporción de población con valoración e intervención del riesgo	CAPRECOM	1039	3721	27,92
Proporción de población con valoración e intervención del riesgo	CAFESALUD EPS	166	7147	2,32
Proporción de población con valoración e intervención del riesgo	ASMET	2404	3803	63,21
Proporción de gestantes con 4 controles prenatales o más durante el embarazo	CAPRECOM	0	42	0,00
Proporción de gestantes con 4 controles prenatales o más durante el embarazo	CAFESALUD EPS	2	6	33,33
Proporción de gestantes con 4 controles prenatales o más durante el embarazo	ASMET	10	61	16,39

Fuente: Seguimiento actividades protección específica y detección temprana resolución 4505 2012 Preliminar.

4.2 Marco Normativo

La normatividad a la cual se hace alusión a continuación son Leyes, declaraciones y normas que justifican y rigen la atención en salud a la población desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tomando sus orígenes y desplegándose hacia el contexto nacional y local.

4.2.1 Declaración del Alma Ata

Alma Ata es una de las primeras conferencias mundiales donde los países se reúnen a debatir la situación mundial de salud y las estrategias a llevar a cabo para intervenir la población y evitar la muerte en personas potencialmente productivas, además de garantizar el acceso a los servicios de salud.

Con el fin de proteger y promover la salud de los pueblos, en la declaración se evidencia la necesidad de los países del mundo por establecer estrategias de desarrollo para la región por medio de la garantía del bienestar físico social y mental de la población en todos los ámbitos del desarrollo humano, convirtiéndose la salud en un objetivo socialmente importante que se debió priorizar a partir de la fecha.

Una de las intenciones a intervenir es que el sector salud no posee todas las herramientas para garantizar la salud a la población mundial, sino que se evidencia que la actuación intersectorial es la que garantiza dicho objetivo y así es como se involucran los diferentes actores a la causa de la salud para todos en el año 2000.

La declaración se efectuó en 1978 y pretendía que en el año 2000 la salud se convirtiera en uno de los pilares de la intervención humana que garantice el bienestar de la comunidad, un aproximado de 20 años se creyeron posibles para lograr los diferentes retos que plantea la declaración.

En esta declaración fueron partícipes los dirigentes de diversos países del mundo, a los cuales se tiene al tanto de la situación mundial y crean un compromiso para llevar las acciones propuestas y desarrollarlas en sus territorios. Los países en desarrollo tanto como los desarrollados acogieron el compromiso de implementar las estrategias en sus países y asignar recursos para la causa sin embargo, se contempló que los problemas de desigualdades e inequidades se hacían evidentes con más fuerza en los países en vía de desarrollo que los que ya se consideraban desarrollados para la época.

El desarrollo social y económico sostenido tuvo un orden mundial con la dirección de la intervención en la salud desde la promoción y prevención donde se contribuye a mejorar la calidad de vida de la población y a alcanzar la paz mundial.

Lo que busca la declaración fue la participación activa de la comunidad en el cuidado de la salud y que el estado y el gobierno de los países garanticen por medio de las políticas el fortalecimiento del sistema de salud por medio de la protección específica y detección temprana de las enfermedades de la comunidad, para ello se difundió la estrategia de APS la cual es clave para lograr la meta salud para todos en el año 2000.

Como parte del desarrollo, se tomó la APS buscando la asistencia sanitaria esencial basada en métodos prácticos poniendo la salud al alcance de la comunidad mediante su participación, autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS, entonces debió ser el centro de los planes y políticas de salud de los gobiernos y la meta para garantizar la salud al alcance de todos, esta representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad hacia los servicios de salud, llevándolos lo más cerca posible al lugar donde la persona vive, trabaja, se educa y se desarrolla formando el primer proceso de asistencia sanitaria.

La APS es el reflejo de las condiciones económicas, políticas y socioculturales de un país o región, garantizando el acceso a los servicios de salud a la población mediante el acercamiento sin barreras de la misma, esta debe estar fundamentada en experiencias de investigación y bases empíricas basadas en la evidencias según el marco contextual de cada territorio.

Estas investigaciones arrojaran los puntos críticos y claves a intervenir: social, económica, cultural y políticamente para alcanzar el objetivo de la declaración y así orientar los servicios de salud a la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

A lo largo de los años la implementación de la estrategia no ha sido materia sencilla de llevar a cabo por las barreras contextuales de un país o territorio, sobre todo en los que se encuentran en vía de desarrollo donde la salud es una de las prioridades esenciales de los pueblos.

Sin embargo, el reto es diseñar e implementar estrategias verdaderamente efectivas que tomen los recursos destinados para la salud y transformen el sistema hacia la APS.

Como se mencionó anteriormente, el logro del objetivo se basa en la intersectorialidad de las acciones, el compromiso político de la región, la responsabilidad de cada actor del sector salud en tomar partido del tema y diseñar estrategias para llevarlas a cabo, donde se realice trabajo en equipo y

concientización de que la APS es una de las estrategias universales que llevaría a los pueblos a mejorar su calidad de vida.

A la fecha, la APS sigue siendo un reto de los gobiernos de los países en vía de desarrollo, ha obligado a los países del mundo a reorientar los sistemas de salud, a verificar y monitorear el proceso de cambio e implementar nuevas leyes que reglamenten los nuevos cambios.

La responsabilidad del gobierno aumenta en el momento en que los interesados y actores ponen sobre la mesa sus condicionantes y limitantes para llevar a cabo el proceso y así mismo el compromiso de superar cada detalle.

El proceso de involucrar la salud desde un enfoque de prevención y actuación antes de la aparición de la enfermedad puso a trabajar a los gobiernos en la búsqueda de acciones para lograrlo, además en la declaración se toma actividades específicas a lograr desde el primer nivel de atención en salud, la promoción y prevención. Estas actividades son:

“la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales”.

Los gobiernos tienen la responsabilidad de una vez implementadas las políticas que garanticen la APS se mantengan y así mismo tengan impacto en la población a intervenir evidenciándose desde el monitoreo y evaluación continua del perfil epidemiológico de la población.

Una de las particularidades de la APS, es que obliga la participación intersectorial para llevar a cabo cada una de sus estrategias, dirigiéndose a esto como la clave del éxito de la intervención en salud. Sectores como la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores influyen en la salud de la población por ende exige los esfuerzos coordinados.

Además, de la responsabilidad intersectorial, exige la participación del ser humano como responsable y autónomo del autocuidado donde el esfuerzo por fortalecer la salud no sea solo de los profesionales de la salud, sino de la toma de conciencia de la comunidad misma. Se necesita entonces de las acciones del individuo como actor social, líderes comunitarios, cuidadores, educadores, entes públicos y privados, gobiernos nacionales e internacionales, OMS, UNICEF, ONG, entes de control, personas que practican la medicina tradicional, para integrar conocimientos, fortalecer estrategias con el fin último de crear impacto en la población por medio del fortalecimiento de la APS en el sector salud.

Si bien todo lo anteriormente planteado es factible de realizarse, la crítica más grande a esto es que para el año 2000 no se logran adelantos significativos de la APS, en la actualidad existe normatividad nacional que reorienta los servicios de salud pero no se ha logrado el desplazamiento de las estrategias de fortalecimiento de la salud hacia la comunidad.

Apenas con el plan decenal de salud pública se toma en cuenta la APS para fortalecer la salud en el contexto nacional, pero solo se evidencia en la documentación de la misma y aún no está llevada a cabo.

Otro punto a tomar en cuenta es que los programas de promoción y prevención aunque buscan llevar actividades en pro de la salud a la comunidad, aun no logra un fuerte impacto debido a que no logran adaptarse al contexto de la misma. Las políticas nacionales para esta estrategia en Colombia son débiles y no hay una adecuada distribución de recursos para ellas.

Sin embargo desde 1993 con la creación de la ley 100 se buscó la contextualización e implementación de la declaración del Alma Ata en el ámbito nacional colombiano, reorientando el sistema de Salud Nacional hacia los objetivos del milenio con “Salud para todos en el año 2000” (1).

4.2.2 Constitución Política de Colombia 1991

La constitución política de Colombia en 1991 es la base para la reorientación de servicios de salud en el País, la cual contempla aspectos de la declaración de Alma Ata y se fundamenta en logro de los objetivos del milenio en el territorio Nacional.

El artículo 48 considera a la seguridad social un derecho irrenunciable, anuncia que el estado y los entes privados deben encargarse de ampliar las coberturas en salud.

Se cita el artículo 49 de la constitución que reglamenta:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las

personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”

Aquí se deja ver claramente la descentralización de la salud, la participación de entes públicos y privados, la responsabilidad de organismos de control y de la comunidad en general y los principios por los cuales se regirá la prestación de servicios de salud. Con este apartado se hace inminente una reforma a la Salud,

las responsabilidades y obligaciones de los diferentes actores para llevar a cabo el objetivo.

De igual manera se evidencia la tardanza del gobierno Colombiano para la reorientación de la salud hacia la APS en 13 años, lo cual hace evidente que el País tardaría en cumplir la meta abonándose además las dificultades del contexto nacional y sus afectaciones por el conflicto armado (41).

4.2.3 Ley 100 de 1993

La ley 100 de 1993 es la ley que consolida y documenta la reorientación del sistema de salud Integral Colombiano que rige en la actualidad de acuerdo con la declaración del Alma Ata y los objetivos del milenio cambiando el enfoque de atención de salud Curativo hacia uno preventivo quitando las barreras de acceso a los servicios de salud y buscando la cobertura del total de la población Colombiana.

La ley 100 de 1993 hace parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social y esto distribuye las acciones en 4 componentes.

- Sistema de pensiones
- Sistema general de Seguridad Social en Salud.
- Sistema general de riesgos profesionales y laborales.
- Servicios sociales complementarios.

Dentro de los objetivos que se plantea la Ley 100 para llevar a cabo el sistema de Seguridad social en Colombia enmarca el estudio de la capacidad económica para aportar al sistema de salud de cada persona y si no la posee la forma de brindarle

la cobertura a esta, además la ampliación de las coberturas en salud a toda la población y la prestación de los servicios sociales complementarios.

Los principios en los que se basa la ley son: Universalidad, Eficiencia, solidaridad, integralidad, Unidad, participación e igualdad. Por medio de estos principios se rige para el fortalecimiento estructural del sistema actual que en comparación con el anterior, el actual cuenta con la participación de los entes privados para brindar los servicios de salud, la creación del fondo de solidaridad y Garantía, y la oportunidad para que todos los Colombianos pudieran elegir su entidad prestadora de Servicios de Salud.

La ventaja de lo anterior es que con la competencia del sector salud para la prestación de los servicios se podría llegar a buscar la entidad que tenga una buena oferta a los servicios de salud que se acoja a las necesidades personales del individuo, sin embargo también fortaleció a la salud como mercado y las inequidades en la atención de salud de acuerdo a los regímenes existentes: Contributivo y Subsidiado.

Otra de las falencias observadas es que las instituciones de la Red Pública deben prestar los servicios de salud coartando su atención debido al abordaje por niveles de atención, logrando solo ofrecer atención en los niveles de baja complejidad perdiendo el abordaje integral del individuo y su intervención en el proceso salud enfermedad (2).

4.2.4 Política Nacional de Salud

La política Nacional de Salud fue diseñada con el fin de garantizar el acceso a la prestación de los servicios, optimizar el uso y la calidad de la atención en salud para

la Población Colombiana, que con la nueva reforma a la prestación de servicios de salud, esta política acentuó un poco más los diferentes ámbitos a tener en cuenta.

Esta política se dirige a todos los entes prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados, tomando los ejes de accesibilidad, calidad y eficiencia y las acciones que cada uno de estos contemple para ser llevado a cabo.

La accesibilidad se entiende como la necesidad de la población para recibir atención y su relación con los servicios de salud.

Los factores que contempla el acceso son los siguientes:

- “El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores y las entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud.

Con lo anterior se obtienen dimensiones de acceso que se contemplan así:

- La dimensión geográfica
- La dimensión económica
- La dimensión cultural
- La dimensión Organizacional

Teniendo en cuenta la geográfica como la distribución del territorio, la distancia y la ubicación estratégica del servicio de salud con el fin de que las personas accedan más fácilmente a este; La económica como la que garantiza bajo costo para el acceso a la salud teniendo en cuenta el costo de la movilización antes y después

del ingreso a la institución. La cultural describe todas las tradiciones y los conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante los servicios de salud ofrecidos y por último la organizacional tiene que ver con la organización del servicio de salud tanto locativa como de recursos y talento humano disponible para ello.

Esta investigación abordo todos los ejes que demarca el acceso a los servicios de salud, recalcando el cultural y organizacional por medio del abordaje cualitativo que aunque la parte económica y geográfica es importante el propósito es identificar lo que incentiva a las personas a la búsqueda de los servicios de salud preventivos por medio de modelos utilizados en salud pública.

La calidad se entiende como la provisión de servicios de salud equitativos, de fácil acceso con recursos físicos y de infraestructura suficiente y confiable y talento humano calificado, además con procesos documentados y que se adecuen a la normatividad en salud vigente.

Por último, se aborda la eficiencia como la obtención de mayores y mejores resultados con una mínima utilización de recursos en salud lo cual hace sostenible a la IPS y promueve acciones al crecimiento institucional para el ofrecimiento de mejores productos y servicios.

La política nacional de salud es pues uno de los pilares que demarcan el acceso y el servicio con Calidad y eficiencia de cada una de las IPS (32).

4.2.5 Resolución 412 de 2000

Por medio de esta resolución se adoptan las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento para el primer nivel de atención en salud por medio de las guías y normas técnicas de protección específica y detección temprana dirigidas a toda la población de acuerdo al grupo etáreo sin distinción de clase de aseguramiento o no aseguramiento; se tienen en cuenta además las actividades de demanda inducida que fortalecen el cumplimiento de coberturas de atención de la población colombiana en cada uno de los programas (13).

Esta resolución en conjunto con la resolución 4505 de 2012 detalla la forma de implementación, seguimiento, control y evaluación de cada una de las guías y normas y tiene en cuenta además las enfermedades de interés en salud pública.

Teniendo en cuenta el propósito de la norma se reglamenta entonces que el sector salud debe tener caracterizada a su población y programar y dirigir acciones de protección específica y detección temprana de acuerdo a las necesidades de la misma.

La obligatoriedad de aplicación de la norma se dirige hacia régimen subsidiado, contributivo y entes territoriales de salud y todas sus EAPB.

Se definen entonces en el artículo 3 de la resolución las normas técnicas las cuales obedecen a todas las actividades procedimientos e intervenciones costo efectivas dirigidas a toda la población con el fin de desarrollar acciones de protección específica y detección temprana por medio de procesos estructurados donde se fijan frecuencias mínimas de atención y servicios característicos según las necesidades para cada grupo etáreo.

Las acciones de demanda inducida son aquellas acciones que conllevan al empoderamiento de la población en términos de su autocuidado por medio de su educación e información con el fin de fortalecer la prevención de la enfermedad, sobre todo las prevalentes y con mayor incidencia dentro de su contexto.

4.2.5.1 Protección Específica y Detección Temprana

Son aquellas que garantizan la protección de la población frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad y la detección temprana son todas las actividades e intervenciones que permiten detectar de forma oportuna cualquier alteración en el individuo con el fin de facilitar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno favoreciendo su rehabilitación.

Las normas técnicas existentes de protección específica son:

- Vacunación según el esquema del programa ampliado de inmunizaciones (PAI) el cual contempla los biológicos para menores de 5 años, niñas de 9 años, mujeres de 15 a 49 años, gestantes y adultos mayores de 60 años
- Atención preventiva en salud bucal dentro de las actividades que contiene son el control y remoción de placa bacteriana para población mayor de dos años, aplicación de flúor de 5 a 19 años de edad, aplicación de sellantes de 3 a 15 años de edad, detartraje supragingival mayores de 12 años.
- Atención del parto dirigido a todas las gestantes que se encuentran en trabajo de parto.
- Atención al recién nacido dirigido a todos los niños y niñas en el momento de su nacimiento.
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres, se brinda información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento.

Las actividades de detección temprana son:

- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo que garanticen la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.
- Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven para la detección de las alteraciones del desarrollo de la población entre 10 y 29 años
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo, para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos.
- Detección temprana de las alteraciones del adulto relacionadas con las patologías crónicas y degenerativas del adulto mayor de 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años.
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino, toma de citología cérvico uterina a todas las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa con un esquema de toma 1-1-3.
- Detección temprana del cáncer de seno, mamografía de 4 proyecciones cada dos años a toda mujer mayor de 50 años.
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, toma de agudeza visual a población de 4,11,16 y 45 años

Todas estas encierran hoy el portafolio de servicios que ofrece de primer nivel de atención con sus valores agregados, que con todos sus esfuerzos por lograr las coberturas en salud del total de su población no han logrado un impacto adecuado.

4.2.5.2 *Guías de Atención para el manejo de Enfermedades de Interés en Salud Pública*

Estas guías definen cuales son las enfermedades de interés en salud pública las cuales son de obligatoria intervención y reporte según el sistema de Vigilancia epidemiológica, se definen las siguientes:

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad)
- Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años)
 - Alta: Otitis media, Faringitis estreptococcica, laringotraqueitis.
 - Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía.
- Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar
- Meningitis Meningocóccica
- Asma Bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre reumática
- Vicios de refracción, Estrabismo, Cataratas.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocóccica, Sífilis, VIH/SIDA)
- Hipertensión arterial
- Hipertensión arterial y Hemorragias asociadas al embarazo
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones pre neoplásicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria

- Dengue
- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Fiebre Amarilla (29)

La definición de las actividades de contención de casos y vigilancia continua se crea desde el Instituto Nacional de Salud, además se estructuran y documentan con los protocolos de Vigilancia para cada uno de estos eventos, además se establece la forma de notificación, la periodicidad y la responsabilidad de cada uno de los actores.

La responsabilidad así mismo de todos los eventos que se normalice con la Resolución 412 y vigencias de salud pública son de obligatorio cumplimiento además, es responsabilidad de todos los actores que se lleve a cabo, tanto contributivo como subsidiado y población vinculada además las EAPB, IPS y Entes territoriales de control.

Por otro lado se tienen en cuenta unas periodicidades de medición de estas actividades y el impacto de la misma, así mismo estimaciones poblacionales de acuerdo a la caracterización poblacional de cada una de las EAPB, bases de datos, Sivigila etc.

Los pagos por la atención se definen en normatividades existentes para ello, lo que se resalta es que debe ser un costo mínimo de acuerdo con la capacidad económica de la población, lo que se pretende con esto es colaborar con el estado para la prestación del servicio de salud, aunque se sigue pensando que la atención debe ser gratuita y para todos en las mismas condiciones.

Los entes territoriales de control deben realizar las actividades de monitoreo, seguimiento, vigilancia y control tanto de la atención al usuario como de las tarifas que se designan a cada atención y las de contratación de igual manera. Además la libre competencia y que este regida por la normatividad vigente.

El control de la información del paciente debe ser responsabilidad de aquellas entidades que tengan contacto con el mismo, deberá ser tratada con confidencialidad y utilizada solo con fines terapéuticos o de análisis de la situación en salud con previa autorización de la institución tratante.

Es así como se normalizan las actividades para el primer nivel de atención y la forma en cómo estructura su atención, las coberturas de la población es el punto débil debido a que por múltiples factores no se cumplen, de acuerdo con esto es que faltan procesos de investigación donde se evalúe el acceso a los servicios de salud y sus barreras y los factores que incentivan a los usuarios para hacer uso de ellos, sobre todo en el primer nivel de atención donde ejecutan acciones para prevenir la aparición de las enfermedades y su objetivo es mantener la población sana (13).

4.2.6 Plan Decenal de Salud Pública

Dando cumplimiento al derecho fundamental de la salud y fundamentado en conferencias internacionales, declaraciones y políticas se crea el plan decenal de salud pública en función de una serie de fases que permitieron su diseño e instauración.

Como política de Estado cuenta con tres componentes:

- Enfoques conceptuales: de derechos, diferencial, de ciclo de vida, de género, étnico y poblacional que lo busca es el goce efectivo del derecho a la salud, estrategias y acciones en salud incluyentes, experiencias a lo largo de la vida, diversidad entre hombres y mujeres e intercambio entre las dinámicas de la población.
- Diseño estratégico: pretende avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y la salud de los habitantes y mantener cero tolerancia con la mortalidad y la discapacidad evitables para así alcanzar la equidad, afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida, lo cual será posible a través del abordaje de la salud desde dos dimensiones transversales y ocho prioritarias.
- Líneas operativas: las acciones que conforman el PDSP se encuentran enmarcadas en tres grandes líneas, promoción de la salud, gestión de salud pública y gestión de riesgo en salud (15).

4.3 Marco Conceptual

4.3.1 Atención Primaria en Salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel

de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (1).

4.3.2 Detección Temprana

Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte (13).

4.3.3 Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino.

Corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cérvico uterina (13).

4.3.4 Demanda Inducida

Son todas las acciones encaminadas a informar educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas (25).

4.3.5 Acceso de Servicios de Salud

Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios.

En el acceso se pueden identificar tres factores:

- El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadoras de servicios de salud (3).

4.3.6 Evolución de los modelos de investigación que permiten el análisis de acceso a los servicios de salud.

A través del tiempo las ciencias de la sociología y antropología médica fueron desarrollando modelos cada vez más integrales para el análisis de estos fenómenos, Donabedian (16), fue el primero que abordó el tema de utilización de los servicios de salud con un modelo muy sencillo, donde los actores del mismo es la interacción entre la atención en salud y el usuario, y los factores resultantes son los las múltiples interacciones que se desarrollan a partir de estos dos actores.

Los diferentes enfoques de estudio de esta interacción, se estructuran mediante modelos con diferentes énfasis de investigación desde el epidemiológico, conductual, social, cultural y económico, enfocándose en social cuyo máximo precursor es Andersen 1995 (18).

Para describir los modelos de utilización de los servicios de salud que existen en la actualidad se hace mención de los más destacados, los cuales parten de una necesidad sentida poblacional que mueve a la persona a la búsqueda y uso de servicios de salud para satisfacerla. Estos modelos presentan los siguientes enfoques:

- Estudios CAP: conocimientos, actitudes y prácticas de la población hacia los servicios de salud (4).
- Estudios FES: estudios etnográficos focalizados cuyo eje principal es indagar la concepción biomédica de la enfermedad (4).
- Modelo Epidemiológico: se centra en el concepto de morbilidad sentida bajo la exposición o no al riesgo en términos de morbilidad y mortalidad.
- Modelo Social: actividad que mueve a una persona que se encuentra con el propósito de prevenir la enfermedad, se tiene en cuenta el estado psicológico y susceptibilidad percibida.
- Modelo Sociológico o social cultural: cuyos exponentes más sobresalientes es Suchman, Andersen, Aday, Anderson y Frenk donde se toma la ideología del modelo social y se desarrolla un modelo de utilización de servicios con diversos componentes como la evaluación de necesidad, los factores predisponentes, los factores capacitantes, los factores contextuales y los biológicos.
- Modelo económico: busca centrar el tema en la oferta y la demanda y la forma de satisfacción de la segunda fortaleciendo la oferta por medio de la asignación de recursos. Este modelo conserva variables socioeconómicas que explica dicha distribución porcentual de recursos económicos (16).

Modelo de utilización del cuidado de la salud:

El modelo socio conductual de Andersen contempla categorías que denominan factores que influyen en el comportamiento poblacional en el uso de los servicios de salud en cada uno de sus ámbitos.

Ha tenido varias actualizaciones donde se ha ampliado el campus de aplicación del mismo, no solo a la medicina biomédica sino a diversos ámbitos de aplicación de la salud. Es el modelo más utilizado en los estudios de investigación de salud pública, se centra específicamente en la selección de tratamiento, toma aspectos de contexto, de percepción, de área y de servicios de salud, identifica el peso que tiene cada variable según lo refiere la comunidad, por otro lado, se ha utilizado en la mayoría de las veces en estudios cuantitativos para el análisis de los factores del uso de los servicios de salud en las comunidades, pero poco se conoce de estudios cualitativos en comunidades específicas con contexto relacionado o similar.

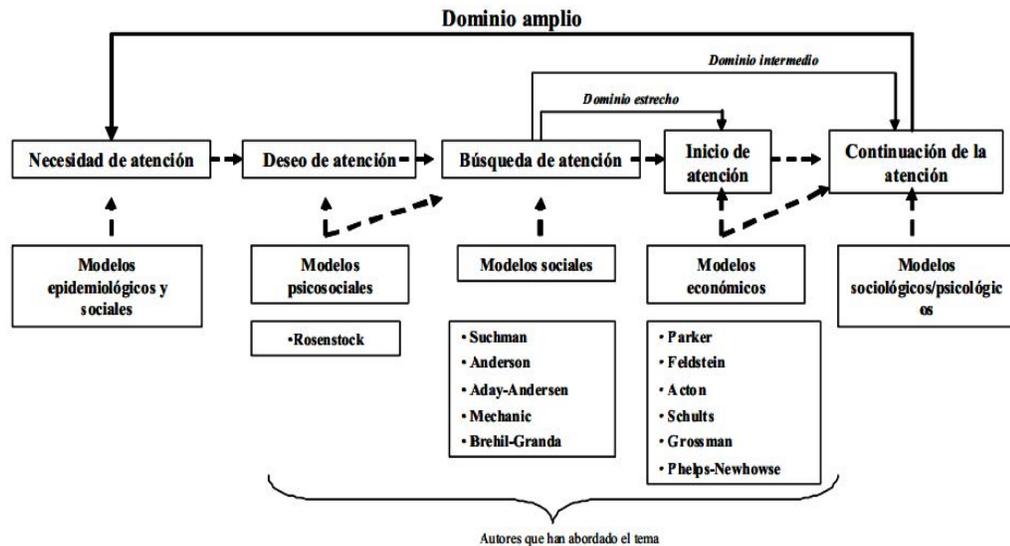
Existen otros modelos no mencionados donde se toma una de las categorías presentadas en los anteriores modelos y se intensifican para lograr un propósito determinado, sin embargo no engloban todo el contexto (4).

Utilización de los servicios de salud:

Otro punto a considerar es que existen otro tipo de fuentes que influyen en el acceso a los servicios de salud lo que determina que es la capacidad de una persona de buscar y obtener los servicios de salud, en esta teoría se destaca Donabedian y Frenck, cuyo objetivo es organizar el tema de acceso en diferentes dominios, los cuales contemplan diferentes categorías para el abordaje integral, se podría decir que estos son las categorías más acertadas que mapean el tema de acceso y permiten aclarar su abordaje.

Estos dominios se esquematizan en las siguientes figuras.

Ilustración 1. Acceso a los servicios de salud y sus dominios



Fuente: Acosta, S. Barreras y determinantes del acceso los servicios de salud en Colombia 2010

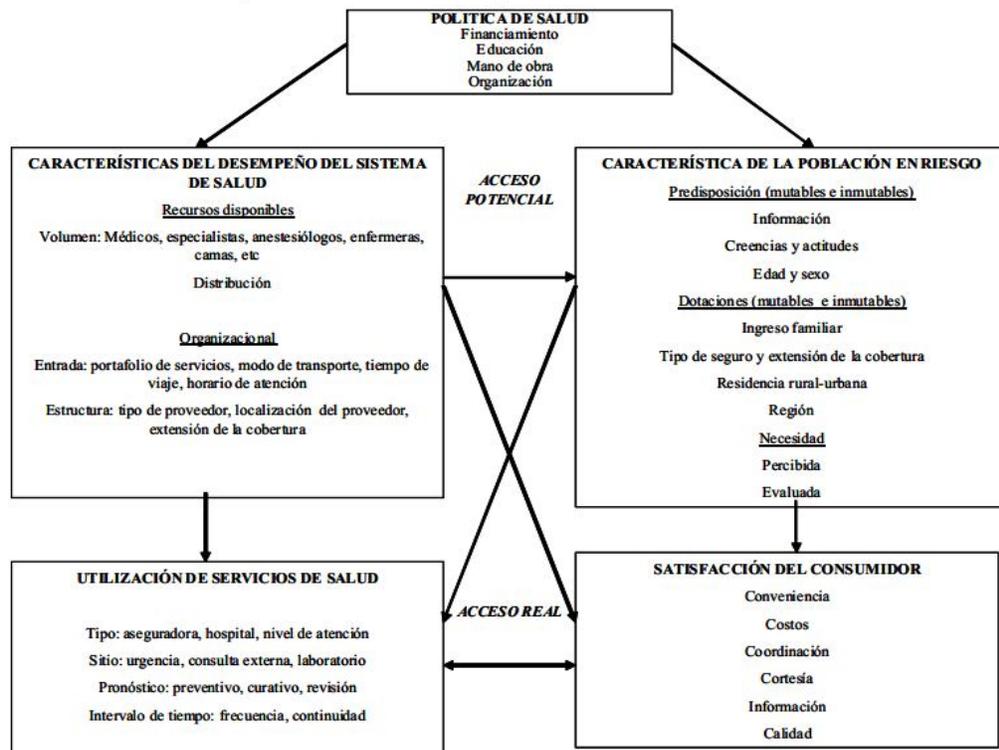
Este mapa ofrecido por Frenk, ilustra las categorías de la necesidad de atención en salud, ya sea por el deterioro de la salud, por la necesidad de atención o por la esperanza de una rehabilitación adecuada.

Se observa que dentro del tema de acceso a los servicios de salud se encuentran diversos modelos de áreas sociales diversas, y observamos que dentro de los modelos sociales se encuentra el de Andersen cuya base social es el más utilizado por la salud pública para el abordaje del acceso mediante el enfoque de la búsqueda de los servicios de salud y la orientación de acuerdo a las características del modelo.

La base para el estudio del acceso es los cuatro componentes de la Política Nacional de Salud, ésta a su vez toma el área social como guía para el estudio del acceso, abordando principalmente el modelo de Aday y Andersen y sus categorías

del modelo para el estudio de la búsqueda de los servicios de salud. Un esquema integral utilizado para enmarcar los principales accesos es el siguiente:

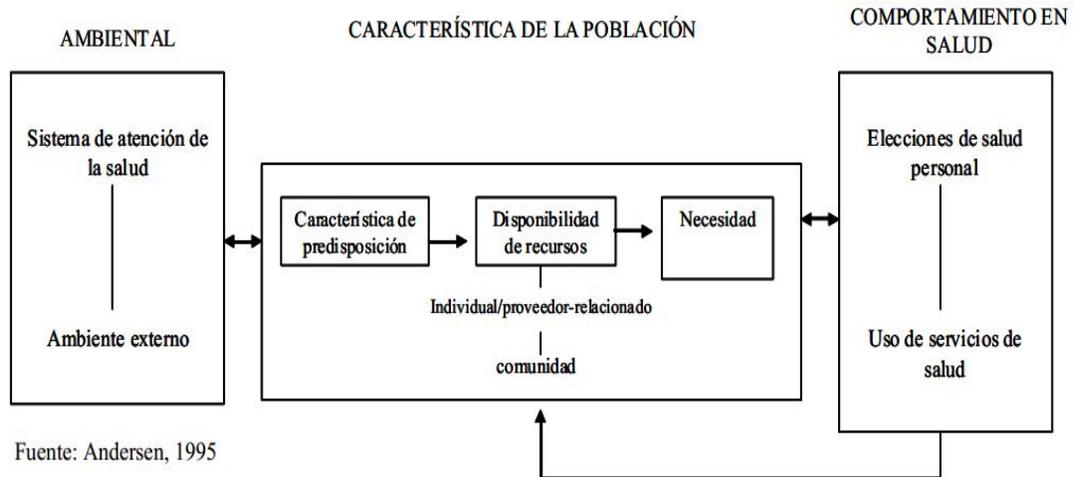
Ilustración 2. Estructura para el estudio del acceso



Fuente: adaptado a partir de Aday y Andersen (1974) y Andersen et al. (1983)

Sin embargo, este esquema solo es una visión amplia de lo que abarca el modelo sin tener en cuenta las características específicas del modelo el cual se describe a groso modo en el esquema a continuación, sin embargo para llegar a este, se tiene en cuenta todo la esquematización anterior (12).

Ilustración 3. Modelo de utilización de los Servicios de Salud



El modelo diseñado por Andersen fue desarrollado inicialmente en 1960 “para ayudar a la comprensión de por qué las familias utilizan los servicios de salud; para definir y medir un acceso equitativo a servicios de salud y para ayudar en el desarrollo de políticas para promover el acceso equitativo”; en trabajos posteriores se deja de lado la familia como unidad de análisis ya que no se tenían en cuenta la heterogeneidad de cada miembro de la familia.

Posterior a esto se integran elementos del modelo de creencias salud “para explicar el uso y el comportamiento de salud especialmente preventiva”, finalmente se incluye el Sistema de Salud como responsable de mantener y mejorar el estado de la salud de la población.

El modelo propone la existencia de unos determinantes primarios (características ambientales, y de los individuos) que producen una conducta en salud (hábitos en salud y uso del sistema sanitario), que a su vez producen unos resultados en salud (percepción del estado de salud, un estado de salud evaluable y una satisfacción

en el usuario). Los determinantes primarios, tanto ambientales como individuales se pueden agrupar en factores predisponentes, facilitadores y de necesidad.

Considera la utilización de los servicios de salud es una función de:

Ambiente externo: incluye componentes físicos, políticos y económicos como un insumo importante para el uso de la de la comprensión de los servicios de salud.

Factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

Disponibilidad de recursos: las personas deben contar con los medios y conocimientos para hacer uso de los servicios de salud, una de las medidas a evaluar son los ingresos, afiliación al SGSSS y el desplazamiento.

Necesidad: principal determinante del uso de los servicios de salud a expensas de las creencias de la salud y la estructura social, debe considerarse cómo la gente ve su salud y el estado funcional; la necesidad misma de atención, donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:

- necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la antipercepción del estado general de salud;
- necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

Elecciones de salud personal: dieta, ejercicio y cuidados personales como interactuar con el uso de los servicios de salud formales para influir en los resultados de salud (5).

El estudio de los sistemas de salud con este modelo ha permitido detectar inequidades en el acceso a la atención sanitaria que el propio Andersen definía como una excesiva variabilidad en el uso de servicios ligada a las diferencias en factores ambientales como la estructura social o las creencias en salud, o en factores facilitadores individuales como la renta.

En la evolución del «modelo conductual» se propone la «percepción del estado de salud» como un resultado del contacto con el sistema sanitario que, a su vez actúa sobre las características individuales que generan demanda, cerrando un círculo de interacción (42).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Interpretar la relación entre los factores ambientales, sociales y comportamentales asociados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres entre 25 y 49 años de Circasia, Quindío 2015.

6.2 Objetivos Específicos

-Describir los factores ambientales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del municipio de Circasia, Quindío consultantes en la ESE hospital San Vicente de Paul durante el año 2015

-Describir los factores sociales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del municipio de Circasia, Quindío consultantes en la ESE hospital San Vicente de Paul durante el año 2015.

- Describir los factores comportamentales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del municipio de Circasia, Quindío consultantes en la ESE hospital San Vicente de Paul durante el año 2015.

-Relacionar los factores ambientales, sociales y comportamentales que conllevan a la utilización De los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años del municipio de Circasia, Quindío consultantes en la ESE hospital San Vicente de Paul durante el año 2015.

7. REFERENTE METODOLÓGICO

7.1 Enfoque

La investigación se realizó mediante un enfoque cualitativo “lo que permite un proceso interrogativo de comprensión basado en distintas tradiciones metodológicas de indagación que exploran un problema social o humano” (43), propicio para este estudio, ya que es un tema que necesita ser explorado para obtener una visión detallada de los factores ambientales, sociales y comportamentales, relacionadas con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en la población femenina en edades de 25 a 49 años de edad, a través de un enfoque descriptivo e interpretativo; lo cual permitió una mejor interpretación y por consiguiente conocer en profundidad las acciones de estas mujeres y la relación con el medio social (44).

7.2 Método

Se realizó un estudio cualitativo, ya que a través de éste se realiza un acercamiento a las creencias y a las prácticas de una cultura lo que permitió describir los tres componentes establecidos en el al modelo utilización de servicios de salud de Andersen 1995 y así poder identificar e interpretar los factores asociados a la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino, en la población femenina en edades entre 25 a 49 años (44); combinando la parte cuantitativa para la descripción de algunas variables que contiene el modelo propuesto como lo son, los factores predisponentes y la disponibilidad de recursos.

7.3 Unidad de Trabajo

Criterio de inclusión:

Mujeres en edades entre los 25 a 49 años afiliadas a las EAPB Cafesalud, Caprecom y Asmet Salud del área urbana del municipio de Circasia, Quindío que reciben la atención en salud en la ESE local, que no cumplen con el esquema de toma de citología 1-1-3.

Criterios de Exclusión:

Mujeres menores de 25 años y mayores de 49 años del régimen subsidiado del municipio de Circasia.

Usuaris con residencia en el área rural del municipio.

Usuaris afiliadas al régimen contributivo, excepción y especial.

Usuaris sin ningún tipo de afiliación.

Usuaris afiliadas a las EAPB Cafesalud, Caprecom y Asmet Salud con citología reciente.

Para la elección de la unidad de trabajo, se realizó la selección intencional de 100 mujeres que cumplieran los criterios de inclusión. Se solicitaron las bases de datos de las EAPB Cafesalud, Caprecom y Asmet Salud, las cuales contienen los datos básicos del usuario, posterior a esto se realizó cruce de información con los RIPS desde el 2011 hasta el 2014 con el fin de identificar las usuarias que no cuentan con citologías hace más de 3 años, y/o no cumplan con el esquema 1-1-3; Una vez identificada la población se procedió a georeferenciar dichas mujeres clasificando la población rural, urbana (barrios) y sin dato, excluyendo el área rural, y tomando los barrios con mayor número de mujeres para el desarrollo del proyecto arrojando como resultado lo siguiente:

Tabla 5. Distribución población urbana sin toma de citología cervicouterina

Nombre Barrio Residencia	Número de Mujeres residentes
ADECO	7
ALTO BONITO	39
ALTO DE LA CRUZ	24
ALTO DE LA TAZA	19
BOSQUE	23
CAMILO DUQUE	67
CENTRO	22
CIUDAD LIBRE	34
LAS MERCEDES	110
MEDIO AMBIENTE	21
PISTA	39
PORVENIR	17
RINCON SANTO	51
SIMON BOLIVAR	22
VILLANOHEMY	45

Fuente: Bases de datos de EPS Asmet salud, Caprecom y Cafesalud de población subsidiada en el año 2014.

Lo anterior refleja que los barrios Las Mercedes, Rincón Santo y Camilo Duque concentran la mayor parte de la población con los criterios de inclusión requeridos para el estudio, por lo que son en éstos, donde se procede a la aplicación de las 100 encuestas y la elección de cinco de ellas para el desarrollo de las entrevistas semiestructuradas.

7.4 Unidad de Análisis

A continuación se describen las categorías de análisis según modelo de utilización de los servicios de salud por Andersen 1995 el cual se encuentra dividido en tres componentes: ambiental, características de la población (social) y comportamiento en salud con sus respectivas subcategorías las cuales fueron objeto de análisis en este estudio.

Tabla 6. Categorías de Análisis

Componentes modelo de utilización de servicios de salud. Andersen 1995		Categorías de análisis	Descripción	Fuente de información
Ambiental	Territorio y demografía	Localización y características físicas	RAES Marco Contextual	
		Accesibilidad geográfica		
		Contexto demográfico		
	Ambiente económico	Actividades productivas	RAES Marco Contextual	
	Oferta de servicios de salud (Sistema de atención en salud)	ESE San Vicente de Paul	RAES Marco Contextual	
Características de predisposición	Edad	Años cumplidos	Encuesta	
	Estado civil	soltera casada unión libre divorciada viuda	encuesta	
	Nivel Educativo	Educación preescolar Educación básica primaria Educación básica secundaria Educación media e intermedia Educación superior	Encuesta	
	Nivel de Ocupación	Código de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)	Encuesta	

Características de la población	Disponibilidad de recursos	Situación laboral	Empleada desempleada	Encuesta
		Redes sociales	Redes de apoyo	Encuesta
		Composición familiar	Cantidad integrantes por hogar	Encuesta
	Necesidad	Estado de salud percibido	Percepción del estado de salud y reconocimiento de la enfermedad y factores que movilizan el uso de los servicios de salud	Entrevista semi estructurada Encuesta
Comportamiento en salud	Elecciones de Salud Personal	Prácticas de salud personal	interacciones con el uso de servicios de salud	Entrevista semi estructurada- Encuesta
		Programas de detección temprana de Cáncer de cuello uterino	Conocimiento de los diferentes programas a los cuales tiene derecho por normatividad	Entrevista semi estructurada- Encuesta
	Uso de servicios	Recurso	Infraestructura adecuada y personal suficiente	Entrevista semi estructurada- Encuesta
		Organización	Características de la atención y las acciones para alcanzar dicha atención	Entrevista semi estructurada- Encuesta
		Oferta	Horarios, tiempo entre la solicitud de la cita y la fecha de esta, acciones para la captación de usuarios hacia los programas	Entrevista semi estructurada- Encuesta

Fuente: Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior (Adaptado para este proyecto).

7.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Las actividades para la recolección de la información que permitieron dar respuesta a la pregunta de investigación consistieron:

7.5.1 Encuesta

Previo a la aplicación de la encuesta se realizó una prueba piloto a cinco mujeres con características similares a las que se requerían para el desarrollo de la investigación para perfeccionar las preguntas a realizar y obtener los resultados deseados para el análisis de información, así mismo, fue revisada por profesional del Ente Departamental quien cuenta con experiencia en el seguimiento y evaluación de la resolución 412 de 2000, 4505 de 2012 y gestión con EPS, arrojando ciertas observaciones frente al instrumento como: lo extenso del cuestionario, las preguntas abiertas dificultan la tabulación y la similitud de algunas preguntas, a partir de estas observaciones se realizaron los respectivos ajustes con el fin de tener un instrumento mucho más amigable y corto que facilitara su diligenciamiento.

La aplicación de las encuestas fue llevada a cabo por dos estudiantes del programa Auxiliar de Enfermería de la institución Francisco de Paula de Santander de la ciudad de Armenia, previo proceso de capacitación y calibración en lo referente al estudio, problema, justificación y objetivo del mismo además, de la lectura y explicación de cada una de las preguntas que contenía la encuesta y el diligenciamiento del consentimiento informado (Anexo 1); se hizo entrega de tres listados por barrio con nombres de las usuarias, edad, dirección y teléfono que facilitó la búsqueda de estas y el abordaje a la población.

Una vez reestructurada la encuesta (Anexo 2) se procedió a la búsqueda de un entorno propicio para el desarrollo de esta (vivienda), donde se estableció un contacto directo con las mujeres a través de las estudiantes de la Escuela de Auxiliares de enfermería de la ciudad de Armenia, que conocían la población, lo que permitió alcanzar el logro del diligenciamiento de 100 encuesta.

Se procedió a realizar visitas domiciliarias para la realización de 100 encuestas discriminadas por sector así: en las Mercedes 40, Camilo Duque 30, Rincón Santo 30, todas con la respectiva autorización evidenciada en los consentimientos informados debidamente diligenciados los cuales reposan en medio físico con los soportes de la realización del proyecto.

Una vez terminado el diligenciamiento de la encuesta, se programaron dos grupos de discusión, uno en la mañana y otro en la tarde en un lugar del municipio reconocido por la población, esta técnica es conocida como una estrategia para obtener la mayor participación posible así mismo el día anterior se realizaron llamadas telefónica recordando la reunión y confirmando asistencia la cual cumplía con lo establecido en la metodología según lo esperado; para esta convocatoria solo se contó con la presencia de dos personas en uno de los horarios establecidos y propuestos, si bien se realizó el discurso no fue tan profundo por lo que se optó por otras decisiones.

Debido a que no se contó con la participación de las mujeres encuestadas para el desarrollo de los grupos de discusión se realizaron nuevamente dos convocatorias en diferentes fechas, realizando llamadas telefónicas y contacto en las viviendas, sin embargo no se logra la asistencia de la población.

Debido a la poca participación de la población se decide cambiar la metodología inicial, y se programaron entrevistas semiestructuradas.

7.5.2 Entrevista

Se realizaron 5 entrevistas a mujeres que ya habían sido participes de las encuestas, dos de ellas fueron las que asistieron a la citación al grupo de discusión y las tres restantes se realizaron en los domicilios previa autorización; las entrevistas fueron desarrolladas de acuerdo a la guía previamente diseñada que orientó la realización de la misma, lo que permitió profundizar en los componentes estipulados en el modelo de Andersen 1995 no saturados mediante la información de la encuesta. (Anexo 3).

El número de entrevistas realizadas (5) permitió la saturación de la información ya que todas las respuestas coincidían en los mismos detalles y la misma información, razón por la cual se consideró suficiente para el proceso de análisis de información.

7.6 Organización de la información

La información obtenida de las encuestas se organizó en el programa SPSS versión 19, se transcribió el total de las respuestas de las encuestas (100) para su análisis y descripción de cada uno de los componentes que contempla el modelo de utilización de servicios de salud de Andersen 1995.

Las entrevistas (5) se transcribieron en su totalidad; se hicieron notas manuscritas y audio grabación, previa autorización de las entrevistadas, se hizo la transcripción literal de dichas grabaciones asignando un código de identificación a los registros

individuales. Lo expresado por los participantes se contrastó con los registros de información documental, denominados en la investigación registros analíticos especializados-RAES (Anexo 4), estos permitieron recoger información del componente ambiental propio del modelo y la matriz de análisis categorial (Anexo 5) permitió una mejor interpretación de la estructura social.

7.7 Plan de Análisis

Se realizó un análisis descriptivo, analítico e interpretativo de los componentes propuestos en el modelo de utilización de servicios de salud de Andersen 1995 plasmado en la matriz de análisis categorial.

El análisis descriptivo, univariado se realizó a partir de las 100 encuestas aplicadas de acuerdo a las preguntas que esta contemplaba haciendo uso del SPSS y el análisis de las entrevistas se realizó de acuerdo a las transcripciones hasta la saturación de cada categoría.

A partir de esto surgen y se elaboran explicaciones tentativas por componente según el modelo, presentando primero en detalle la información pertinente para cada categoría y reduciendo luego la información a sus puntos esenciales; posteriormente nacen categorías emergentes a partir de una interpretación global de los resultados del estudio y se triangula el resultado de las encuestas, entrevistas y los RAES, mostrando cómo se relacionan entre sí las áreas temáticas, explicando como la red de conceptos responde a la pregunta original del estudio.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los criterios éticos que se tuvieron en cuenta para la investigación están basados en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud en la cual “Se establecen normas científicas y técnicas de la investigación en salud”; de acuerdo con esta resolución la investigación fue considerada sin riesgo. Se respetaron los principios éticos, la garantía y seguridad de los beneficios, para esto se contó con un consentimiento informado para cada una de las participantes de la investigación, el cual contenía la justificación del estudio, los objetivos, la importancia, los beneficios esperados, los riesgos, la confidencialidad de la información y el destino de la información recolectada con el fin de garantizar el respeto a su dignidad.

No se tuvo distinción entre los participantes de acuerdo a los criterios de inclusión, se respetó el principio de no maleficencia evitando cualquier prejuicio y

propendiendo por el beneficio. Todas las participantes de esta investigación fueron tratadas en iguales condiciones, cada una tomó la decisión de participar voluntariamente.

Las encuestas y entrevistas se realizaron con autorización de las participantes, con anticipación se les anunció que las entrevistas eran grabadas en audio garantizando el derecho de participar voluntariamente.

9. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto, teniendo en cuenta el reporte en los registros de análisis documental (RAES), la tabulación de las 100 encuestas y la transcripción de las 5 entrevistas aplicadas, teniendo como base la propuesta del esquema del modelo de utilización de servicios, Andersen, 1995.

9.1 Características ambientales de las mujeres de 25 a 49 años del área urbana del municipio de Circasia, Quindío pertenecientes al régimen subsidiado.

9.1.1 .Ambiente externo (Territorio y Demografía)

El componente demográfico hace referencia al contexto socio político de las mujeres participes del estudio, que encierra el aspecto ambiental del modelo de Andersen 1995, el cual se describe a continuación:

El municipio de Circasia se encuentra ubicado en el norte del departamento del Quindío, con una superficie de 91.37 km² divididos en 2.30 Km² área urbana y 89.07 km² área rural. El área rural se divide en 23 veredas y en su área urbana cuenta con el sector del centro, 43 barrios y urbanizaciones cercanas al área urbana.

La población participe de este estudio se encuentra en su mayoría en la zona central del municipio abarcando tres de los barrios más grandes de esta área (las Mercedes, Camilo Duque, Rincón Santo), de acuerdo con georreferenciación según las bases de datos que envían las EPS del régimen subsidiado que hacen presencia en el municipio a la ESE local, y el resultado de la realización de cruces de bases de datos con diversas fuentes de información, lo cual permitió identificar las mujeres

que no se habían realizado la citología en los últimos 3 años, las cuales se convierten en la población participe de esta investigación.

La malla vial del municipio se considera estable y de alta calidad, ya que la distancia en kilómetros a la ciudad capital del departamento es de 11,7 y se aproxima un tiempo de llegada de 27 minutos en bus público y de la zona más lejana del área urbana a la parte central del municipio existe un tiempo de llegada en bus de 12,5 minutos aproximadamente, se resalta que la ESE local se encuentra ubicada en la zona central, lo que puede relacionarse con que no existen barreras geográficas de acceso a los servicios de salud desde los diferentes puntos de ubicación en la zona Urbana. (36).

La población se encuentra concentrada en la zona urbana y de acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE), tiene una población de 28.660 (2010) con un mayor número de mujeres que hombres en total (3.94%); el régimen subsidiado del municipio cuenta con 14528 usuarios aproximadamente que equivale al 55% de la población total del municipio; de éstas, 694 son mujeres en edades de 25 a 49 años de edad del área urbana las cuales no se han realizado la citología cérvico uterina de acuerdo al esquema 1-1-3.

La población circasiana tiene como principal actividad económica la agricultura, siendo el área rural de mayor extensión del municipio, sin embargo, se está presentado un proceso de sustitución de recursos donde la actividad rural está quedando de lado para dedicarse a labores particulares del área urbana.

9.1.1.2 Sistema de atención de Salud

La oferta de servicios de salud en el municipio está conformada por una IPS privada que presta sus servicios al régimen contributivo y la ESE hospital San Vicente de Paul que dirige su atención a la población subsidiada y vinculada del municipio, el cual presta los servicios en salud incluidos en el primer nivel de atención en el cual se incluyen los programas de promoción y prevención con horarios flexibles y amplios, demanda inducida intramural y extramural y personal idóneo y suficiente para la atención de los usuarios en el momento en que lo soliciten (40).

Por otro lado se encuentra el Plan Local de Salud el cual lleva a cabo el (PIC), Plan de Intervenciones Colectivas donde realiza promoción de la salud en las colectividades desarrollando estrategias de empoderamiento en autocuidado. Con estas estrategias se pretende aumentar la demanda en programas de detección temprana en alteraciones tales como el cáncer de cuello uterino (14).

9.2 Factores sociales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad

Los factores sociales que se describen a continuación hacen parte de tres variables (características predisponentes, disponibilidad de recursos y necesidad) que hacen parte del componente características de la población (aspecto social) propuesto en el modelo de Andersen 1995.

9.2.1 Características de predisposición

En la siguiente tabla se registran los resultados de las encuestas de cada una de las variables que encierra las características de predisposición, las cuales son el estado civil, nivel educativo y ocupación de las mujeres participantes del estudio.

Tabla 7. Características de predisposición: Estado civil, nivel educativo y ocupación de las mujeres participantes del estudio

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	27	27,0
Casada	40	40,0
Unión libre	21	21,0
Divorciada	4	4,0
Viuda	8	8,0
Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	33	33,0
Bachiller	46	46,0
Técnico	9	9,0
Universitario	5	5,0
Ninguno	7	7,0
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Trabajando	20	20,0
Buscando trabajo	1	1,0
Estudiando	5	5,0

Oficios del hogar	71	71,0
<u>Otra actividad</u>	3	3,0

La tabla anterior muestra que la población sujeto en su mayoría se encuentra conviviendo con sus parejas, casadas (40%) y en unión libre (21%) y en un menor porcentaje mujeres que se encuentran solteras (27%), viudas (4%) y divorciadas (8%), con un nivel educativo de bachiller (46%) y primaria (33%) en su predominio, y se muestra que el 71% se encuentran dedicadas a las labores del hogar.

Se muestra que existen un bajo porcentaje de mujeres con niveles educativos altos y así mismo, el porcentaje de ocupación en alguna actividad laboral es bajo.

En cuanto a la edad en años cumplidos, según datos arrojados por el programa estadístico SPSS, el promedio de edad es de 38 años con una desviación estándar de 8 años, concentrándose la población encuestada en edades extremas (25;40 años)

9.2.2 Disponibilidad de recursos

Para la descripción y el análisis de esta categoría se realiza un análisis cuantitativo general de acuerdo a los resultados de la encuesta, y posteriormente se procede a realizar el análisis de las demás variables contenidas en la subcategoría de acuerdo a la información obtenida a partir de las entrevistas semiestructuradas.

Es de aclarar que existen subcategorías que se analizan directamente desde las entrevistas ya que desde la parte cuantitativa no se logra sustraer el análisis de la percepción de la comunidad desde sus vivencias.

En la siguiente tabla se exponen las variables cuantitativas donde se identifica los ingresos económicos, el número de integrantes de sus familias, la red de apoyo familiar y la respuesta de la red de apoyo externa ante un evento o enfermedad resumida en la necesidad de consultar.

Tabla 8. Disponibilidad de recursos y Necesidad: Ingresos, integrantes por familia, red de apoyo, percepción de necesidad de las mujeres participantes del estudio

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1SMLV	55	55,0
Igual a 1SMLV	29	29,0
Más de 1SMLV	16	16,0
Integrantes por familia	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 2 personas	23	23,0
De 3 a 4 personas	55	55,0
De 5 a 6 personas	19	19,0
Más de 7 personas	3	3,0
Red de Apoyo	Frecuencia	Porcentaje
Familia	46	46,0
Iglesia	1	1,0
Medico	51	51,0
Otro	2	2,0
Necesidad	Frecuencia	Porcentaje
Se siente enferma	80	80,0
Para prevenir enfermedades	17	17,0
Remisión del hospital	1	1,0
Nunca	2	2,0

En la tabla anterior se muestra que la población encuestada tiene ingresos menores de un salario mínimo legal vigente (55%) y en un porcentaje menor de 29% tienen

ingresos de un salario mínimo, las familias no son extensas, se concentran en familias hasta 4 integrantes, considerando el médico o el servicio de salud como principal fuente de apoyo ante cualquier evento de salud y como segunda opción la familia. Las mujeres a su vez sienten necesidad de consultar en su mayoría (80%) solo cuando se sienten enfermas pero no se tiene presente solo un 17% la consulta para la prevención de las enfermedades.

Las EPS a las cuales pertenecen las usuarias son Cafesalud, Caprecom y Asmet salud del régimen subsidiado.

A continuación se realiza el abordaje de las demás variables de acuerdo a la interpretación de los relatos obtenidos en la encuesta.

9.2.3 Necesidad.

Según los resultados arrojados en las encuestas realizadas, las mujeres cuentan con una red de apoyo familiar fuerte y reconocen al personal médico como fuente de ayuda ante una situación de enfermedad específica (51%) y la familia (46%), conocen la E.S.E local y reconocen los servicios que prestan (Consulta externa y urgencias) sin embargo, contrastado con los resultados de las entrevistas antes de asistir al médico las mujeres recurren la automedicación o el farmaceuta.

M1 "Según la enfermedad, si según la enfermedad porque si es como un dolorcito de cabeza uno se toma una se toma una pasta si es umm fiebre se toma una pasta una bebida y espera si ya aumenta uno como más entonces ya uno se va uno para el hospital"

M4 Uno asiste es cuando ya se ve mal y necesita del médico para que lo vean a uno.

Otros aspectos que se resaltan de acuerdo a los resultados de las encuestas son:

La mayoría de las mujeres manifiestan que solo acuden al servicio de salud en caso de enfermedad de ellas o sus familias (80%).

M3 “Uno va con fiebre al hospital eso no es urgencias vaya por consulta externa”

M2” “A mi me han dado también otros servicios de odontología, aparte de citología”

M1: “si yo he ido por ejemplo con los dos niños que tengo he ido para lo de control de crecimiento y desarrollo al hospital y lo tengo a los dos y al médico pues al hospital voy yo casi no voy al hospital porque es que el niño me ocupa mucho tiempo primeramente el niño y segundamente pues el papa del niño entonces yo uno no le queda tiempo para uno ir (...)”

De igual modo no se desconoce la farmacia como medio para el acceso a medicamentos, el uso de servicios de salud depende de la “gravedad de la enfermedad”, si es leve o menos dura se acude a la farmacia y a los remedios caseros, pero si ya no se controla se busca al servicio de salud.

M2 “entonces yo me voy me dicen que ese jarabe es bueno para naturista entonces yo me lo compro me lo voy comprando por de apartecita y me lo voy tomando así”

Así mismo se reconoce que cuando se tiene una enfermedad de base deben asistir periódicamente a los controles de tratamiento para la enfermedad específica; “M2 Como yo sufro de asma y a mí me tienen de control en el hospital es o si y tengo el control cada dos o cada tres meses voy”

Por otro lado reconocen que existen programas de prevención pero no se asisten a ellos por convicción o percepción del beneficio sino que asisten cuando el médico realiza inducción a la demanda.

M1 “Ya yo le hable al médico y yo le dije que ya estaba operada y por eso no planificaba pues él me dijo que me hiciera el de la citología”

9.3 Factores comportamentales relacionados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad.

Los factores comportamentales a los cuales se hace alusión el modelo de Andersen 1995, comprenden dos categorías: elecciones de salud personal y uso de servicios de salud los cuales se describen en su parte cuantitativa con la siguiente tabla y por último se contrasta con los resultados obtenidos en la entrevista:

Tabla 9. Factores comportamentales: Aspectos relacionados con la no toma de la citología cervicouterina en las mujeres participantes del estudio

Aspectos sobre la toma citología	Frecuencia	Porcentaje
Religión no me lo permite	1	1,0
Incomodidad que presenta el procedimiento	34	34,0
Trato que le da el personal de salud al momento de realizarse la citología	4	4,0
Dinero	2	2,0
Largo tiempo de espera en el hospital	4	4,0
Mi esposo no me deja	1	1,0
Otro	54	54,0
Ha escuchado sobre cáncer de cuello uterino	Frecuencia	Porcentaje
SI	89	89,0
NO	11	11,0
Prevención del cáncer de cuello uterino	Frecuencia	Porcentaje
Haciéndome la citología cada año	82	82,0

Tomando pastas anticonceptivas	1	1,0
Retirándome la matriz	1	1,0
No se puede prevenir	6	6,0
No sabe no responde	10	10,0
Frecuencia toma citología	Frecuencia	Porcentaje
Cada dos años	8	8,0
Cada tres años	2	2,0
Cada cuatro años	5	5,0
Cada año	85	85,0
Cada cinco años	1	1,0
No sabe no responde	5	5,0
Importancia de la toma de la citología	Frecuencia	Porcentaje
SI	88	88,0
NO	12	12,0
Percepción del Personal Que toma la citología	Frecuencia	Porcentaje
Malgeniada	4	4,0
Grosera	1	1,0
Amable	71	71,0
No la conozco	19	19,0
Otra	5	5,0

Percepción del consultorio donde se toma la citología	Frecuencia	Porcentaje
Desorganizado	3	3,0
Organizado	75	75,0
No lo conozco	22	22,0

En la tabla anterior se puede identificar que la razón por la cual las mujeres no se toma la citología es por la incomodidad que produce la realización del procedimiento (34%), sin evidencia que existe otra razón la cual no se hace evidente en la encuesta por tal razón fue necesario profundizar en la entrevista.

Por otro lado se observa que las mujeres conocen la citología (89%), y su periodicidad anual (85%), reconocen la importancia que tiene en la prevención del Cáncer de Cérvix (82%, y no refieren inconvenientes con el personal que toma la citología (71%) ni con el lugar en su mayoría (75%).

A continuación se contrasta lo anteriormente descrito con los relatos de las mujeres durante la realización de las entrevistas.

9.3.1 Elecciones de salud personal

Las mujeres reconocen diferentes programas de prevención por la demanda inducida que se realiza por parte del profesional, sin embargo solo acuden cuando se tratan de sus hijos de manera espontánea:

M1 “si yo he ido por ejemplo con los dos niños que tengo, he ido para lo de control de crecimiento y desarrollo al hospital y lo tengo a los dos y al médico pues al hospital voy yo casi no voy”.

M5: “Si yo llevo al niño a control y desarrollo, y a que le pongan las vacunas, allá me dicen si está bien y ya, yo no voy muy seguido porque estoy muy ocupada haciendo oficio.”

En cuanto a la citología cervicouterina, las mujeres reconocen que es importante para prevenir el cáncer de cuello uterino (88%), reconocen que es letal dicho problema de salud

M2 “Ehh pues creo que es una enfermedad que da que les da a las mujeres ehh puede ser por pues he escuchado que sé que algunas veces sea por las relaciones sexuales.”

M2 “Pues son una enfermedad que lo mata a uno que sino la no la detectan a tiempo pues es mortal”

M2 “que es muy indispensable la citología”

Se identifica entonces la Vacuna de VPH como método principal para prevenir el Cáncer de cuello uterino pero solo en las adolescentes, sin dejar de reconocer la citología cervicouterina como modo de prevención (82%) y evidencian conocimiento en el tema de cáncer de cuello uterino (89%).

M1 “Se previene yo creo pues en las niñas se previene con la inyección que están aplicando ahora, se comienza a prevenir desde muy temprana edad y en los adultos haciéndose la citología.”

Aun se tiene la percepción que también previene otras enfermedades de transmisión sexual, sin dejar de desconocer que el significado de prevención para la población es “detectar oportunamente” y no evitar que aparezca algún evento; según M1 ante dicha pregunta “Cómo detectar la enfermedad anticipadamente”.

El conocimiento que tienen las mujeres sujetos de estudio en cuanto a la citología es claro y se reconoce la misma como método de protección con una periodicidad anual 85% sin embargo, no asisten a realizarse la citología por convicción propia sino que esperan la remisión del personal de salud o el incentivo de un tercero para su realización, es como si la decisión de tomarse la citología fuera por obligación aunque se conozca sus beneficios:

M3 “sin embargo el doctor me mando hacerme la citología”

M2 “Qué día una vecina me comento que fue y se hizo la citología y porque estábamos hablando sobre eso... a mí me toca ya hacerme la citología le dije... hace dos años ya que no voy a la citología pero me va tocar ir porque uno espera cuando ya esté, ya sea demasiado tarde”.

Sin embargo según se observa en la siguiente tabla que condensa los resultados obtenidos en la encuesta, la principal razón por la cual las mujeres no se toman la citología cervicouterina se identifican en la mayoría de las respuesta, la incomodidad

del procedimiento (34%) y a la “pena” que se siente realizarse la citología, no siendo la principal causa de la misma.

Cabe mencionar que dentro de los resultados de la encuesta las mujeres mencionan otras razones por las cuales no se realizan la citología y es el porcentaje predominante (51%) sin embargo no hacen referencia a cuál es la razón; Mediante la contrastación con la entrevista se toman varios factores como la pena y el tiempo,

M2” Pues porque Me da pena, si siento pues que pena de ir”

M3 “yo no me la hago porque no me dan permiso en el trabajo”

M4 “No me queda tiempo”

M1 “también que uno le hace falta tiempo se ocupa mucho tiempo en la familia y uno se olvida de como de hacerse esas cosas uno no se ocupa de uno sino de la familia.”

M5 “Como le dije, yo estoy en la casa haciendo oficio y no me queda tiempo, pero pues también me da como pereza”.

9.3.1 Uso de servicios de salud

La información suministrada por el sector salud genera un mayor impacto en los medios de comunicación, ya que la mayor parte de las mujeres reconocen estos medios como los mayores difusores de información sobre el cáncer además, refieren que con los letreros y la demanda inducida conocen acerca del tema e incentiva a la realización de la misma.

M2 “Antes le dicen a uno le dicen a uno vengan vengan a la citología ponen los letreros y ponen los avisos y todo”,

M1: “Ehh no ahí cuando yo estaba estudiando en el colegio san José nos inculcaban mucho todo eso allá iban allá en el colegio iban también enfermeras estudiantes de enfermería y todo eso y nos daban kits de toallas y todo eso y nos decía que nos hiciéramos la citología y todo eso a las muchachas Ya de decimo y once”

M5: “A la casa han ido las del Hospital, ahí me dejan un papel”

Analizando la oferta del hospital en cuanto a barreras de acceso para la toma de la citología cérvico uterina, esta no tiene costo alguno, no se identifican tiempos de espera para su realización, el personal realiza demanda inducida permanentemente al servicio, califican el personal de salud receptivo y amable (71%) y el consultorio acogedor (75%)

M3 “a uno no le piden nada porque de todas maneras le toca a uno hacérsela por salud”

M3 “el servicio de salud es bueno tiene uno que venir y ya a veces se demora pero se la toman a uno el mismo días”

En cuanto al consultorio refieren que debería tener mayor intimidad para la toma de citologías ya que hay dos personas en el consultorio en el momento de la toma sin embargo, se identifica que las características del profesional que toma la citología podría influir de manera directa en la asistencia a la toma de la citología cérvico uterina, ya que refieren que si el personal es poco asertivo o de sexo masculino no se realizan el procedimiento.

M2: “Yo creo que debería haber una enfermera jefe que tuviera paciencia, porque uno llega y va hacerse la citología y le salen así, pues que lo regañan a uno porque uno se asusta cuando le van hacer eso entonces a uno le dan susto y no vuelve hacérsela por el personal”

M4: “A mí me parece chiquito”

La población manifiesta que hubo un tiempo donde el hospital contaba con personal masculino para la toma de la citología cérvico uterina y por tal razón no se la han tomado a la fecha.

M1: Digo osea hay un enfermero jefe, hasta que no cambie por una enfermera yo no voy y me hago esa citología porque a mí me da mucha vergüenza con un enfermero ahí.

M5: “Una vez fui y había un muchacho y me devolví, después volví y estaba la jefe pero me dio cosa y me devolví”

La demanda inducida que realiza el sector salud extramural es reconocida por la población, ya que el personal se desplaza a los domicilios motivando y educando a la población en las actividades de promoción y prevención, por ultimo entregan citación para la asistencia del procedimiento.

M1” yo he ido allá a vacunación de ahí me mandan para odontología y la citología”.

M2: Si la enfermera del hospital, a mí la enfermera del hospital, cada rato voy y hasta me han dejado un hojita ahí con la orden para que vaya hacérmela y yo no he ido si las enfermeras del hospital por allá pasan.

M3” “A mí también pues en el fami nos dicen eso que nos hagamos la citología”.

Por último, cabe resaltar que la población se muestra escéptica a relacionar posibles recomendaciones para incentivar a las mujeres a realizarse la citología no obstante, la poca población participante sugirió aumentar las campañas educativas y capacitar al personal de salud en comunicación asertiva y buen trato.

A continuación se muestra un gráfico que resume los factores que predisponen el uso de los servicios de la citología cervicouterina.

Ilustración 4: Aplicación del Modelo de Andersen en el acceso a los servicios de citología cérvico uterina en las mujeres de Circasia

ESQUEMA DE APLICACIÓN DE MODELO DE ANDERSEN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CITOLOGIA CÉRVICO UTERINA EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA

COMPONENTE AMBIENTAL

Mujeres que residen en barrios centrales del municipio cercanos a la institución donde reciben servicios de salud, y el tiempo de desplazamiento se aproxima a unos 12.5 minutos, por su malla vial y topografía el acceso no requiere de automotores.

Se ocupan de los cuidados del hogar y sus fuentes de ingresos son mínimos, son dependientes económicamente de otras personas.

El municipio concentra la mayor parte de la población en su zona urbana donde la extensión de la misma es el 20% de la extensión política del municipio.

Son mujeres con aseguramiento en Régimen subsidiado que reciben atención en salud en la ESE Local del Municipio ubicada en zona central.

No se identifican barreras de acceso geográficas, ni políticas para el uso de servicios de salud.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Las mujeres son de 25^a 29 años de edad en etapa reproductiva, se encuentran casadas o en unión libre en su mayoría, con nivel educativo concentrado en bachiller y básica primaria.

FACTORES DE DISPONIBILIDAD DE RECURSOS

La composición familiar se encuentra entre 3 y 4 integrantes, no se evidencian familias extensas, no cuentan con disponibilidad de recursos económicos más de un salario mínimo legal vigente, con redes de apoyo familiar fuertes.

Reconocen la institución que presta el servicio de salud y al médico como red de apoyo en caso de un evento en salud reconociéndose este cuando los cuidados y medicamentos caseros y/o los farmacéuticos auto medicados no evidencian mejoría en su estado de salud.

FACTORES DE NECESIDAD

La necesidad de consultar el servicio de salud se centra en la percepción de gravedad de la enfermedad que se tengan, no se evidencia el sector salud como la fuente de ayuda primaria ya que priman los cuidados caseros y los medicamentos farmacéuticos.

La población reconoce los servicios que presta el sistema de salud, además identifica que existe una demanda a los servicios de detección temprana y protección específica como la citología vaginal sin embargo, se evidencia apatía a la misma. Dicha apatía se atribuye a factores culturales hacia la misma, que la dificultad en el acceso a los servicios de salud.

COMPORTAMIENTO EN SALUD

ELECCIONES DE SALUD PERSONAL Las mujeres sujeto de estudio reconocen el sistema de salud y así mismo saben que existen programas dirigidos a la población cuyo objetivo es la prevención. Reconocen que estos programas son difundidos por medio de los medios de comunicación y la demanda inducida. Sin embargo, la necesidad de autocuidado no es tan importante, como la necesidad de cuidado de los demás miembros de su familia.

En cuanto a la toma de citología vaginal las mujeres reconocen que es importante para el mantenimiento de su salud, así mismo conocen sobre el tema y reconocen que previene el cáncer de cuello uterino, refieren que han recibido educación e información acerca del tema, pero este conocimiento no influencia la actitud, ni las prácticas de las mujeres ya que sustentan que la razón por la cual no se realizan la citología es por la incomodidad que genera el procedimiento.

USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las mujeres reconocen que el servicio de salud difunde información acerca de la citología, no presenta barreras en el acceso ya que se identifica que se les toma la citología una vez se solicita, recomiendan que se mejore la intimidad del consultorio y el no uso de personal masculino para realizar el procedimiento.

10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo con la información obtenida en los RAES, las encuestas y las entrevistas, a continuación se realiza un análisis de las mismas con el fin de encontrar aspectos que permita dar respuesta a la pregunta de investigación y así mismo cumplir con los objetivos propuestos. El análisis se realizó con base a la interacción de variables y componentes del modelo de Andersen, para finalmente identificar los factores que condicionan la toma de la citología en la población objeto de estudio.

Factores ambientales que conllevan a la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino.

- La cercanía a la institución de salud no significa mayor demanda frente a la toma de la citología cérvico uterina.

Las características ambientales reflejan que el municipio de Circasia cuenta con aspectos físicos favorables y de fácil accesibilidad geográfica, concentración de la población en la zona urbana, desarrollo económico en aumento y suficiente oferta de servicios de salud, lo que hace que la población (mujeres) pueda hacer uso del portafolio de servicios ofrecidos por la ESE local, de acuerdo a las características propias de estas (edad y sexo) y/o necesidad y a esto se le suma que cuentan con afiliación al régimen subsidiado.

La población femenina de 25 a 49 años encuestada que no se han realizado la citología cérvico uterina en los últimos 3 años, de acuerdo a cruce de bases de datos, la mayor parte de la población se encuentra concentrada en los siguientes barrios (Las mercedes, rincón santo, camilo torres), donde la distancia recorrida

hacia La ESE Local no lleva más de 10 minutos caminando; no se tiene la necesidad de utilizar ningún medio de transporte lo que ocasionaría inversión de recursos económicos.

Hallazgos encontrados en estudios similares demuestran que la cercanía a los servicios de salud promueve el uso de la citología cérvico uterina debido a que el desplazamiento es menor y se puede caminar, situación contraria a la que se presenta frente a las mujeres que tienen que coger bus (45); esta situación contrastada con el municipio de Circasia, muestra un comportamiento opuesto, ya que las mujeres residen en lugares centrales cerca al servicio de salud, y reconocen que para la realización de la citología cérvico uterina no requieren trámites administrativos, ni dinero, y el servicio se presta a libre demanda, sin necesidad de solicitar cita médica, no acuden de manera espontánea a la ESE local para la realización de este procedimiento.

Sin embargo, en un estudio CAP en mujeres de Sincelejo y Cartagena ninguna de las mujeres argumentó que el acceso a los servicios de salud fuera motivo para no practicarse la citología al contrario, refirieron son los centros de atención del sistema de aseguramiento los más usados y no los particulares (46) diferente lo ocurrido en un estudio en México donde se indago el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna, identifican que al no tener acceso a los centros de salud no se practican este procedimiento (47).

Según lo anterior se pensaría que estas mujeres (estudio) no tendrían ninguna limitante frente al acceso al servicio de salud en lo referente a la distancia que existe entre el domicilio y esta.

- La atención oportuna del servicio en cuanto a la toma de citología no condiciona la asistencia al mismo.

Las características del sistema de atención en salud con la que cuenta la Ese Local (Hospital San Vicente de Paul) en cuanto a su oferta y oportunidad en la toma de citología cérvico uterina con su sistema de demanda inducida intramural y extramural (REF), los horarios extendidos y flexibles, la rápida atención y la no solicitud de trámites administrativos y remuneración alguna, no son condicionantes principales para la asistencia a la toma de la citología ya que las usuarias reconocen la prestación del servicio con dichas características y mencionan una adecuada prestación del servicio. Sin embargo, no es esta una de las causas que mencionan las usuarias ya que el tiempo y la incomodidad se presenta al realizar el procedimiento es el condicionante principal según resultados de la encuesta y su contrastación con las entrevistas. Características similares son mencionadas en otro estudio como el realizado en México en los que se destacan que el estar satisfechas con el servicio de salud no es un condicionante para que las usuarias acudan espontáneamente a realizarse la citología (48).

A diferencia de lo que refleja el estudio realizado en la ciudad de Soacha Cundinamarca donde las barreras de acceso a este servicio hace que las mujeres recurran a servicios privados o simplemente no se tomen la citología (49).

Factores sociales que conllevan a la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino.

- El cuidado a los hijos y pareja retrasan que las mujeres acudan a la institución de salud para la toma de la citología cérvico uterina.

Las mujeres encuestadas son personas dedicadas al cuidado del hogar y manifiestan que su tiempo es dedicado el 100% al mismo, se deja de lado su autocuidado por estar pendiente de sus hijos u otros miembros de la familia, por otro lado son mujeres en su mayoría con pareja o compañeros permanentes a los cuales se atribuyen la fuerza productiva del hogar, situación por la cual la mujer enfoca su rol como cuidadora de otros, mas no como su propia cuidadora.

Ocuparse de más actividades hogareñas y del cuidado de su familia por sobre la propia, fue evidenciado en la ciudad de México donde se indagó el por qué no funciona el programa nacional de detección oportuna, igual que en el estudio “¿por qué las mujeres no se toman el papanicolau?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cérvico uterino” donde las mujeres refieren postergar la toma de la citología cérvico uterina una y otra vez, principalmente por otros integrantes de la familia, se preocupan más por los hijos y familia que por ellas mismas, dan absoluta prioridad a la salud de su familia (47), (50) sin embargo, en el estudio realizado en Soacha, el autocuidado y la preocupación por la familia son motivaciones para la toma de citología por las expectativas que tienen frente a su vida en el futuro (49).

El contexto social y cultural se sigue evidenciando como un factor marcado para el uso de servicios de salud, las mujeres de Circasia Quindío interponen la salud y bienestar de su familia por sobre la propia y se evidencia un papel de cuidadoras de su entorno más que de ellas mismas.

- La falta de tiempo como condicionante para no asistir a la toma de la citología cérvico uterina.

Las mujeres refieren falta de tiempo como factor condicionante para no asistir a la ESE a la toma de citología (encuesta y entrevistas), pese afirmaciones por ellas que no existen trámites administrativos para la realización del mismo además, el tiempo que se podría demorar para el desplazamiento a la institución de salud es de 10 minutos, por ende se requiere aproximadamente de 30 minutos a este procedimiento cada año.

La falta de tiempo fue un aspecto considerado por algunas de las mujeres en un estudio realizado en Chile, frente a las barreras percibidas para la no realización de la citología (50) en donde la falta de tiempo se asocia a las actividades laborales y la espera que deben realizar en el consultorio de igual manera en un estudio CAP realizado en la ciudad de Armenia y otro en Sincelejo y Cartagena, se identifica una situación similar ya que las respuestas de las mujeres concuerdan en que la falta de tiempo es un factor que influyen el momento de hacerse la citología (25) (46) (51).

Situación que concuerda con lo referido por las mujeres participes de este estudio ya que expresan el mismo factor condicionante para no realizarse la citología cérvico uterina. Se observa que el tiempo es un factor determinante en la toma de

la citología cérvico uterina descrito por mujeres en diferentes contextos sin embargo, el tiempo destinado no supera los 30 minutos para la toma de la citología.

- La realización de la citología está condicionada a presentar síntomas ginecológicos y no por prevención.

A pesar de las diversas estrategias que realiza el sector salud para la captación de esta población para que se dirijan a la ESE para la toma de la citología; no existe una concientización de la población de tomársela desde un enfoque preventivo.

Según las respuestas de las mujeres encuestadas y entrevistadas, se reconoce al prestador de salud como red de apoyo en caso de enfermedad, y así mismo se acude a este para su cura, dependiendo el caso sin embargo, el sentido de prevención aumenta, cuando se trata de los miembros de su familia, como son los hijos.

Se reconoce como aspecto importante que el médico o el personal de salud entreguen la remisión para la toma de la citología, al parecer porque lo consideran parte del tratamiento de su evento en salud, no como medio de prevención o detección temprana del cáncer, aunque presenten conocimientos adecuados frente a este tema.

El Hospital es identificado como último Ente para la atención ante enfermedad, las personas refieren influencia de los actores sociales para la búsqueda de la cura ante cualquier evento en salud, como son los vecinos, farmaceutas y familiares.

Lo anterior es sustentado en el estudio uso de la citología cérvico uterina en mujeres afiliadas al régimen subsidiado atendidas en la unidad hospitalaria la Manga, evidencia que el presentar una molestia ginecológica que llevara a consultar el medico aumenta el uso de la citología cérvico uterina en un 47,2% frente a la no presencia de síntoma ginecológico (45) igual que estudios en México y en Medellín que determina que antecedentes de infección cérvico uterina, ITS y/o antecedentes de riesgo reproductivo incrementan la posibilidad de que las mujeres se tomen la citología cérvico uterina (52),(53).

De acuerdo a lo anterior se afirma una vez más, que los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no tienen mayor impacto, ya que la cultura hacia la prevención es poca, las mujeres del municipio de Circasia acuden al centro médico una vez identifican alteraciones en su estado de salud como último recurso, reflejando que la prevención no es asunto prioritario para ellas, pero si para sus familias.

Factores comportamentales que conllevan a la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino

- Falta de preocupación es uno de los principales determinantes para la toma de la citología cérvico uterina.

Se identifica que la población tiene un adecuado conocimiento acerca del cáncer de cuello uterino y re conoce las diferentes formas de prevención (entendiéndose esta como detectar tempranamente la enfermedad) sin embargo, las actitudes y las prácticas en cuanto a la toma de la citología no son coherentes con el conocimiento que tienen acerca de ésta.

Por lo cual se identifica que existe un comportamiento inverso en cuanto a la práctica de la citología cérvico uterina, se podría tener en cuenta que la mujer no tiene dentro de sus prioridades la toma de la citología cérvico uterina y/o la realización de actividades preventivas, ya que interpone las actividades del hogar y cuidado de la familia antes de su propia salud sin que desconozca la importancia del mismo.

Lo anterior fue evidenciado en un estudio en Chile, el cual indaga por las barreras percibidas por un grupo de mujeres para la no la realización de la citología cérvico uterina en donde la falta de preocupación de aspectos asociados a la propia mujer hacen que no se interesen por realizarse dicho procedimiento y además, el postergamiento principalmente por otros integrantes de la familia, se preocupan estos que por ellas mismas (50) y en Soacha donde las barreras culturales para la toma de citología se hacen evidentes cuando las mujeres actúan priorizando lo urgente (el cuidado de los demás, de la casa, y del trabajo) en lugar de lo importante, como podría ser el autocuidado de la salud (49).

Factores relacionados con la interacción de los servicios de salud y la comunidad que condicionan el uso de los mismos.

- Los mecanismos de captación para la toma de citología cérvico uterina no impactan en la población femenina.

La mayoría de mujeres manifiestan en la encuesta que no han sido invitadas al servicio de salud por medio de la demanda inducida sin embargo, las mujeres de la entrevista comentan que el personal del Hospital realiza visita a su domicilio y que dejan volantes y órdenes para la realización de actividades así mismo, se identifica que las campañas de difusión masiva por parte del ente de salud son reconocidas

por la población, ya que manifiestan que los medios de comunicación son la principal fuente para acceder a información sobre la citología cérvico uterina.

Se identifica que la mayor parte de población encuestada tiene conocimiento del cáncer de cuello uterino e identifican el riesgo que representa no realizarse la citología, debido a la información suministrada por dichos medios de comunicación sin embargo, no asisten al servicio de salud.

Frente a lo anterior no es posible encontrar estudios que aprueben o refuten el tema, lo que quedara como recomendación dentro la investigación, un estudio que evalúe las estrategias de inducción a la demanda y el impacto que genera en la población,

- El trato y el sexo del personal responsable de la toma de la citología son condicionantes para que la población femenina acceda a la toma de la citología cérvico uterina

Las personas que han asistido alguna vez para la toma de la citología en la ESE en su mayoría, refieren que el consultorio es adecuado, aunque hacen mención que este no se garantiza la intimidad por lo pequeño y por la presencia de una auxiliar de enfermería en el momento de la toma, y que la enfermera es amable sin embargo, hacen mención de experiencias anteriores con otras enfermeras donde su actitud no fue la mejor (malgeniadas, bruscas) lo que hace pensar que todas se comportan de la misma manera, impidiendo que asistan a la ESE, esto pese a la inducción a la demanda para este programa por parte de la institución y grupos organizados (FAMI-Familias en acción-Unidos) que fomentan la práctica de la citología.

En un CAP realizado en la ciudad de Armenia, Quindío, y otro realizado en Antioquia y Colima (México) acerca de la percepción frente al cáncer de cuello uterino, evidencia que dichas mujeres se encuentran mucho más cómodas cuando la citología es tomada por una mujer y no por un hombre (25) (21), además, refieren que dependiendo de la forma en que las trata el médico o la enfermera en la toma de citología influye para futuras decisiones de regresar para realizarse nuevamente el procedimiento, otro de los motivos para no realizarse la citología cérvico uterina es porque el personal administrativo o quien da las citas las atiende mal este último también fue expresado en un estudio realizado en la ciudad de Bogotá en mujeres con nivel socioeconómico medio y bajo de esta ciudad.(23),(25) .

11. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No se presentaron conflictos de intereses durante la realización de la investigación, independiente de las relaciones laborales con la institución y EAPB, se tuvo una posición objetiva en todo el proceso de estudio, al igual con la información suministrada por población participe de este.

La información suministrada por las mujeres participantes en el estudio, se manejó con absoluta reserva, protegiendo en todo momento su identidad.

12. CONCLUSIONES

El impacto presentado por los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad en Colombia sigue siendo un factor preocupante ya que las cifras de morbimortalidad y letalidad por enfermedades prevenibles y de interés en salud pública sigue en aumento siendo poco costo efectivo para la inversión en salud.

Este tema sigue siendo punto álgido para la generación de estrategias de captación de la población hacia dichos programas especialmente en el de detección temprana de cáncer de cuello uterino sujeto de estudio en este proyecto, ya que se deben revisar las estrategias utilizadas para la intervención y captación de los usuarios con el fin de lograr el mantenimiento de la salud de una comunidad y así evitar la aparición del cáncer de cérvix en estadios avanzados.

Se evidencia entonces que los resultados de la investigación en salud indican una vez más, la necesidad de reorientar las estrategias de captación hacia la toma de la citología cérvico uterina ya existentes con el fin de lograr un abordaje diferencial con la identificación de aspectos sociales y conductuales puntuales en la población para lograr las coberturas deseadas.

En el siguiente apartado se realizaran las conclusiones del proyecto de acuerdo con cada uno de los componentes del modelo de Anderson las cuales se realizan de la siguiente manera:

De acuerdo al componente ambiental de las mujeres entre los 25 y los 49 años de edad se concluye que:

- Las mujeres se encuentran en 3 barrios centrales del área urbana cercanos a la institución prestadora de salud (La ESE Local), las cuales se dedican a oficios del hogar, con una composición familiar entre 3 y 4 integrantes por familia y sus ingresos no superan 1SMLV, situación que no favorece la asistencia al servicio de salud y por el contrario se reconoce como una barrera de acceso ya que las ocupaciones del hogar limitan la asistencia al centro de salud aunque se considere cercano a sus viviendas.
- La toma de citología cérvico uterina es un servicio que se caracteriza por no presentar barreras de acceso al mismo en cuanto a sus horarios, trámites administrativos y remuneración por la prestación del servicio, situación que las mujeres reconocen y manifiestan en la entrevista y encuesta, sin embargo no es un condicionante para el uso del mismo.

Se evidencian diferentes manifestaciones culturales y sociales que influyen el comportamiento en salud de las mujeres para la toma de la citología cérvico uterina las cuales se concluyen de la siguiente manera:

- Las mujeres en edades de 25 a 49 años de edad se encuentran dedicadas a oficios del hogar, con un nivel educativo entre bachiller y primaria que no tienen una actividad económica, dedicadas a los oficios del hogar donde se identifica que su rol principal es ser la cuidadora del hogar ofreciendo el cuidado a sus hijos y demás miembros de la familia.
- Las mujeres se reconocen con una red de apoyo familiar y comunitaria fuerte y de igual manera identifican al sector salud y la ESE Local como red de apoyo en caso de enfermedad sin embargo, no es la primera fuente ante un evento en salud ya que identifican otros actores como los vecinos y

farmaceutas para la cura de sus enfermedades; si estos no satisfacen sus necesidades derivan su cuidado al equipo de salud.

- El médico y el sistema de salud se reconocen como red de apoyo ante el reconocimiento de la enfermedad de acuerdo a la percepción de gravedad que se tenga ante la misma, ya que las mujeres sostienen que primero consultan a la familia, vecinos o farmaceutas.
- Se observa que la mujer ejerce su rol de cuidadora con los miembros de su familia pero descuida su autocuidado al asistir con finalidad preventiva a los servicios de salud para el cuidado de los miembros de su familia pero no para la salud propia.
- La cultura de automedicación sigue siendo una de las principales medidas que identifican las mujeres para la búsqueda de la salud en la población, tanto para ellas como para sus familias.

La medicina tradicional influye de manera inherente ya que las bebidas a base de ramas y yerbas son las primeras en utilizarse en el contexto de estas mujeres.

Teniendo en cuenta los factores comportamentales se concluye que:

- El programa de citología cérvico uterina no presenta impacto en el municipio de circasia Quindío ya que las prioridades de las mujeres se centran en el cuidado del hogar las actividades propias del mismo como algo urgente y dejan de lado lo importante como su autocuidado.
- La percepción de los programas preventivos sigue siendo para las mujeres encuestadas y entrevistadas algo complementario a su proceso de recuperación o tratamiento instaurado, sigue siendo un factor secundario no priorizado el cual se puede postergar de acuerdo al tiempo disponible de cada mujer.

- El conocimiento que se tiene acerca del cáncer de cuello uterino no condiciona la toma de citología cérvico uterina, se observa que las actitudes y las prácticas en autocuidado no son coherentes con el conocimiento. La despreocupación con el autocuidado se hace evidente.
- Los mecanismos de captación de las usuarias con el fin de persuasión para la toma de citología cérvico cérvico uterina no son efectivos en cuanto a campañas del sector salud del municipio, a pesar de ello identifican los medios de comunicación y la comunidad como difusores de educación en salud siendo estas las estrategias implementadas por la ESE Local y el sector salud.
- El personal que realiza la citología es condicionante para el uso de servicios de salud ya que las mujeres muestran preferencia por personal femenino que brinde comodidad ante el procedimiento.

Al realizar la interpretación de la relación entre los factores ambientales, sociales y comportamentales se concluye lo siguiente:

- Los factores sociales como la composición familiar, el nivel educativo, la ocupación de las mujeres en las labores del hogar son influyentes y condicionantes en el comportamiento en salud en cuanto a la toma de la citología cérvico uterina, ya que el conocimiento que tienen las mujeres es suficiente no obstante, no coincide con las actitudes y las practicas hacia el autocuidado.
- El rol que desempeña el sector salud es activo, realizando labores de captación temprana, ideando estrategias de demanda inducida y de difusión de información, con personal profesional que es receptivo en el tema, oferta programas a libre demanda para evitar las barreras administrativas.

- La relación entre los factores sociales y los comportamentales se ve reflejada en que los primeros condicionan el comportamiento en salud de las mujeres hacia la toma de la citología; factores sociales como: El rol de la mujer como cuidadora del hogar, el tiempo que dedica al cuidado de su familia, los bajos ingresos económicos, la educación, la composición familiar condicionan el comportamiento en salud ya que se evidencia que el cuidado en salud esta direccionado a los miembros de la familia y la mujer no se reconoce como sujeto de autocuidado.
- Se observa que las mujeres tienen buenos conocimientos acerca de la citología, y reconoce la institución de salud como el ente que oferta y realiza la citología cérvico uterina, de igual manera conoce el riesgo que se tiene al no detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino y que el mecanismo para ello es la citología, sin embargo no hay concordancia entre conocimientos y actitudes y prácticas ya que la influencia de factores sociales prima ante la cultura de autocuidado en la mujer en donde no se reconoce de manera directa como sujeto de riesgo simplemente reconoce la patología y sus efectos pero no se involucra directamente como objeto del mismo dejando de lado su propia salud y desviándola hacia su rol de cuidado del hogar cuyas ocupaciones son determinantes en la asistencia a los programas de promoción y prevención.

Se identifica que la cultura y el factor de reconocimiento social de cada mujer debe ser el punto de partida para su intervención según su ciclo vital individual, se espera la asistencia de las mujeres en su edad joven y productiva a un servicio de salud sin pensar en las necesidades o prioridades de las mismas; se evidencia que el autocuidado en estas mujeres no es la prioridad, pero si el cuidado de su familia. El

rol de la mujer es un pilar fundamental del hogar como cuidadora, mas no es tan importante su propia salud.

Finalmente se concluye que los Factores predisponentes para la utilización de los servicios de diagnóstico de cáncer de cuello uterino son: La cercanía a la institución, el cuidado a los hijos y pareja, la falta de tiempo y preocupación, síntomas ginecológicos, el trato y el sexo del personal responsable de la toma de la citología, son limitantes expresados por el grupo de participantes que cada día retrasan más la realización de este procedimiento. Y los factores facilitadores tales como: Contar con una red de apoyo suficiente, identificar médico como fuente de ayuda ante una situación de enfermedad específica, conocimiento de los programas de promoción y prevención ofrecidos por la ESE, reconocimiento como importante el realizarse la citología, conocimientos suficientes frente al cáncer de cuello uterino y la detección temprana y ausencia de trámites administrativos, son fortalezas que hacen que en un momento dado tome la decisión de realizarse la citología.

13. RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan las recomendaciones que se realizan a partir de este proyecto con el fin de proporcionar información útil como punto de partida de planes de acción y futuras investigaciones que conlleven a fortalecer las acciones de detección temprana de citología cérvico uterina para el municipio EABP y ESE Local.

Recomendaciones para la ESE local

- Llevar a cabo estrategias extramurales para la toma de la citología cérvico uterina en los lugares donde las mujeres viven, trabajan, conviven con sus vecinos y sus familias, ya que contribuye al impacto del programa de prevención de CA de cérvix de acuerdo a los resultados de la presente investigación. Ya que de acuerdo con esto las mujeres no acuden a la toma de la citología por el tiempo que demandan sus labores cotidianas.
- Gestionar capacitación y sensibilización al personal que toma la citología cérvico uterina con el fin de fortalecer la calidad en el servicio ya que se manifiesta en los resultados de la presente investigación que la incomodidad en el consultorio, y las características del personal que realiza el procedimiento influye en la poca asistencia al servicio.
- Involucrar los líderes comunitarios en las estrategias de difusión de información y demanda inducida ya que se evidencia que es una de las redes de apoyo primarias de la comunidad y así mismo fuente principal de persuasión para el autocuidado.
- Desarrollar periódicamente encuestas de uso de servicios de salud a la comunidad en general con el fin de generar actividades y estrategias a partir

de los resultados obtenidos y reorientar estrategias de acuerdo con los cambios culturales de la comunidad.

- Formular proyectos de intervención en cuanto a promoción de la salud y prevención de la Enfermedad y ofertarlos a las EAPB, entes de control, ONG con el fin de fortalecer y mantener la salud de la comunidad presentando resultados previos y su impacto en la población.
- Formular proyectos similares al presentado en zonas rurales las cuales presentan otro tipo de características culturales y sociales que permitiría una mejor reorientación de las estrategias para dicha población.
- El rol que desempeña el sector salud es activo, realizando labores de captación temprana, ideando estrategias de demanda inducida y de difusión de información, con personal profesional que es receptivo en el tema, se reitera que no se cuenta con barreras administrativas, para la realización de la citología, a pesar de dichas estrategias se deben reorientar teniendo en cuenta los aspectos culturales y sociales de la población para llegar a lograr el impacto deseado.

Recomendaciones a las EAPB

- Realizar proyectos de investigación de manera periódica con el fin de detectar las razones de uso o no uso de servicios de salud en protección específica y detección temprana, ya que a partir de éstos se formulan proyectos de intervención que generan impacto en la población, así se contribuye a disminuir el gasto en salud, y se promueve la detección temprana de las enfermedades de interés en salud pública.
- Formular programas específicos de atención diferencial con el fin de fortalecer impacto en programas de cáncer cérvix teniendo en cuenta las características sociales, culturales y comportamentales de la población.

- Invertir mayores recursos en estrategias que se desarrollen en la comunidad fortaleciendo la autonomía en el autocuidado de la mujer y formándola hacia las practicas preventivas para ella y su familia

Recomendaciones a los entes de control

- Propiciar espacios desde el Plan de Intervenciones colectivas para que las instituciones desarrollen proyectos de intervención y de investigación, así se buscarán estrategias más efectivas para generar impacto en el comportamiento en salud de la población.
- La investigación en Colombia ha demostrado grandes hallazgos y procesos comportamentales que no han sido tenidos en cuenta para el impacto en la población, en la actualidad, con el desarrollo del ASIS de cada departamento se pretende involucrar el contexto en salud, sin embargo unificando este análisis con el de proyectos similares a la presente investigación que involucra la participación de la comunidad se lograrían resultados e impacto en salud con una participación activa de la comunidad en su autocuidado.
- Proporcionar asistencias técnicas que faciliten el análisis del comportamiento en salud de la población y formular entre los diferentes actores y de manera intersectorial las estrategias que cuenten con análisis del contexto sociocultural de cada grupo poblacional.
- Involucrar en el plan de intervenciones colectivas programas de salud mental y de desarrollo social que generen impacto en la población fomentando la cultura del autocuidado, y en el empoderamiento de la mujer en su rol de cuidadora.
- Tomar en cuenta los resultados de proyectos de investigación universitarios para generar estrategias conjuntas de manera menos costosa logrando una gran efectividad en las mismas.

- Movilizar mayores recursos hacia la investigación comunitaria, ya que se evidencia que las estrategias actuales no se encuentran focalizadas hacia lo cultural y social de las comunidades.
- Desarrollar mesas de trabajo intersectoriales con el fin de fomentar el cuidado desde el núcleo familiar.

Con respecto al uso del Modelo de utilización de los servicios de Salud de Ronald Andersen

El modelo de utilización de los servicios de Salud de Ronald Andersen 1996 sigue siendo una herramienta importante en la investigación en salud pública, ya que con sus componentes facilitan la interpretación de cada uno de los aspectos sociales y culturales que condicionan el comportamiento en salud de una comunidad.

Tener en cuenta el ámbito geográfico permite identificar barreras de acceso al servicio de salud, por otro lado el análisis de la población en cuanto a sus características de predisposición y su disponibilidad de recursos permite contextualizar un entorno social característico de la población a estudio.

Identificar los aspectos demográficos de las mujeres permite que se identifique que no existen barreras de acceso a los servicios de citología cérvico uterina, así mismo conocer que el aspecto social es determinante en el uso de los servicios de salud para realizar un análisis más detallado en donde la mujer no se reconoce como sujeto de autocuidado y desvía su atención al cuidado de su familia.

En cuanto a la oferta de los servicios de salud se conoce que la ESE local realiza grandes esfuerzos por ofertar la citología cérvico uterina sin restricciones, y se identifica que a pesar de que las mujeres reconocen el cáncer de cuello uterino

como un evento en salud letal no se realizan la citología. Se evidencia apatía en el autocuidado y que la costumbre de las mujeres es esperar a una imposición a un tratamiento en vez de tener en cuenta actividades preventivas para sí.

El análisis entre el componente social y comportamental favorece mediante un análisis holístico la situación de la población sujeto, lo que considera en el estudio que el uso de los servicios de detección de cáncer de cuello uterino debe tener estrategias de captación directamente en la comunidad o el entorno de la mujer y no centralizado desde los servicios de salud para obtener un mayor impacto.

14. LIMITACIONES

Durante el desarrollo metodológico se plantearon diferentes actividades necesarias para llevar a cabo el proyecto de investigación y obtener datos con calidad y asertivos para la formulación del análisis del uso de los servicios del programa de detección temprana de las alteraciones de cuello uterino en mujeres de 25 a 49 años de edad de la zona urbana del municipio de Circasia Quindío en el año 2015. Estas acciones se vieron cohartadas por múltiples aspectos externos ajenos a la voluntad de los investigadores que obligaron al rediseño de metodología para el desarrollo de la investigación.

La primera limitante es la participación de las mujeres del municipio ante la convocatoria realizada para los grupos de discusión, ya que en dos ocasiones se realizó el llamado para los mismos pero la asistencia fue nula, razón por la cual los grupos de discusión se descartaron en la metodología involucrando un poco más el análisis de las entrevistas que aportaron más datos

La segunda limitante es el aporte de los datos de las encuestas, ya que algunas respuestas no presentaron saturación en la misma y se tuvo que realizar entrevistas que profundizaran el verdadero significado.

La tercera limitante identificada fue la apatía que presentó la población ante el tema de investigación ya que se tiene en cuenta que no es prioridad para la población sujeto del estudio.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf. [citado 16 de febrero 2014].
2. Ley número 100 de 1993, Diciembre 23 del Congreso de la Republica de Colombia, por el cual se crea el sistema general de seguridad Social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D, C; 1993. Disponible en: www.ilo.org/.../LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%2. [citado 16 de febrero 2014].
3. Vargas ML, Mogollón AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública. 2010; 12(5):701-712. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>. [citado 14 de febrero 2014]
4. Haussmann S, Muela J, Nyamongo I. Health-seeking behavior and the health system response, 2003. Disponible en: http://pass-international.org/site/images/stories/publications/DCPP_Working_Paper_14_No_Health_seeking_behaviour_and_the_health_system_response.pdf [citado 15 de Septiembre 2013]
5. Ronald AM. Revisiting the behavioral model and Access to medical care: does it matter? Journal of health and social behavior. 1995; 36(1): 1. Disponible en: globalhealth.stanford.edu/.../Revisiting_Behavioral. [citado 09 de noviembre 2014]
6. Matrices de programación actividades de protección específica y detección temprana, 2014 del Hospital San Vicente de Paul, Circasia Quindío.
7. Indicadores de las EAPB fuente de Protección Específica y Detección Temprana. Preliminar de la Dirección de Epidemiología y Demografía del ministerio de Salud y protección social de la Republica de Colombia. 2015.
8. Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 2012 del Instituto Nacional de Cancerología, ESE. Del Ministerio de Salud y Protección Social -202. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf>. [citado 02 de mayo 2015].
9. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. 2010. Disponible en: file:///C:/Users/usuario/Desktop/TESIS/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf [citado 01 de marzo 2014]

10. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1986 Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf> [citado 01 de marzo 2014].
11. Preguntas más frecuentes de la Organización Mundial de la Salud. 1946 Disponible en: www.who.int/suggestions/faq/es/ [citado 09 de noviembre 2014].
12. Rodríguez S. *Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia*. Tesis. Universidad Autónoma de Barcelona; 2010. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>. [Citado 20 de febrero 2014]
13. Resolución número 412 de 2000, febrero 25, 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. Bogotá D, C; 2000. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATE%20NCION%20-TOMO%20DOS.pdf>. [Citado 20 de febrero 2014]
14. Resolución número 0518 de 2015, febrero 24, por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión en salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento, evaluación del plan de salud pública de intervenciones colectivas-PIC. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf. [Citado 13 Mayo 2015]
15. Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Salud Pública*. 1997 39(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000500007> [citado 14 de febrero 2014]
16. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al económico. *Salud ment*. 2009; 33(5):397-408. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252010000500004. [citado el 14 de febrero 2014]
17. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021, la salud de Colombia la construyes tú, 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>. [citado 20 abril 2014]
18. Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Rev. Salud Pública Mex*. 1991; 31(1):35-49. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10634105>. [citado 14 de febrero 2014]
19. Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y

- administradoras del régimen subsidiado de Manizales. Rev. Colomb Med. 2002; 33 (3): 102-107. Disponible en: colombiamedica.univalle.edu.co [citado 09 de noviembre 2014]
20. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública. 2009; 27(2):121-130. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2009000200003&script=sci_arttext. [citado 14 de febrero 2014]
 21. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27 (2): 177-186. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12011791009.pdf>. [Citado Abril 2014]
 22. Instituto Nacional de Cancerología-ESE Colombia. Cáncer en cifras. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co> [citado el 03 de mayo 2015]
 23. Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 7-16. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2012000100002 [citado el 03 de mayo 2015]
 24. Urrego MI, Botero BE, Álzate C. Una mirada al programa de prevención de cáncer de cuello uterino en Caldas (Colombia) 2005-2006. Hacia la Promoción de la salud; 13: 210-223. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126690014> [Citado 21 de Mayo 2014]
 25. López, CA, Calderón, MA, González, MM. Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 19 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia. Rev. Méd. Risaralda 2013; 19 (1):14-20. Disponible: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/viewFile/8059/5213> [Consultado Abril 2015]
 26. Informe de gestión, 2013 del Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.
 27. Resolución número 1536 de 2015, Mayo 11, por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud. Disponible en: <http://www.andi.com.co/cdm/Documents/Bolet%C3%ADn%2094/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF> [Citado Julio 10 2015]
 28. Acuerdo 117 de 1998, diciembre 29, por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D, C; 1998. Disponible: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf [Citado Julio 01 2014]
 29. Manual de procesos y procedimientos de P y D, 2014 del Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.

30. Plan de inducción a la demanda, 2014. Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.
31. Caracterización poblacional Entidades Administradoras de Beneficio EAPB. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx> [Citado en Junio 2015]
32. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, 2005 Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf> [citado 01 de marzo 2014].
33. Documento De Diagnóstico Integral Municipal 2012 del Plan De Desarrollo 2012-2015 “Un Compromiso Con Lo Nuestro”
34. Análisis de Situación de salud ASIS DS Quindío-En el modelo de determinantes sociales en salud de la Gobernación del Quindío 2013-2014
35. Guarnizo CC, Agudelo C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Rev. Salud Pública. 2008 ; 10(1):44-57. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a05.pdf> [citado 14 de febrero 2014]
36. Análisis de Situación de salud ASIS DS Circasia-En el modelo de determinantes sociales en salud Gobernación del Quindío 2013-2014
37. Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA – Colombia. 2007. Disponible en: http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articulos300861_destacado.pdf. [citado 01 de marzo 2014]
38. Manual de procesos y procedimientos de P y D, 2014 del Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.
39. Análisis de la capacidad instalada, 2013 del Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.
40. Portafolio de Servicios, 2013 del Hospital San Vicente de Paul municipio de Circasia.
41. Constitución política de Colombia. 1991 Disponible en: <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf> [citado el 01 de marzo 2014].
42. Rochas A, Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 12 (25): 96-112. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54529181008> [citado el 01 de marzo 2014].
43. Los enfoques filosóficos de generación del conocimiento y las apuestas metodológicas que exigen, 2014. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Enfoques-y-estrategias-de-investigacion4.pdf>. [citado 14 de octubre 2014]
44. Do Prado ML, de Souza ML, Carraro TE. Investigación cualitativa en enfermería, concepto y bases conceptuales. Organización Panamericana de la Salud. 2da ed. Washington, D.C 2000; 2008.

45. Navarro, E, Salas, RP. Uso de citología cervicouterina en mujeres al régimen subsidiado atendidas en la unidad hospitalaria la Maga de Barranquilla (Colombia), 2006. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2008; 24 (2): 191-204. Disponible en: file:///C:/Users/famil_000/Downloads/1839-5658-1-PB.pdf [citado 14 de Marzo 2015].
46. Barrios, L, Benedetti, I, Alvis, L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre citología cérvicouterina en mujeres de Sincelejo y Cartagena, Colombia. *Revista Ciencias Biomedicas* 2011, 2(2), 249-255. Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/article/view/117> [citado 12 de noviembre 2015].
47. Hidalgo, AC. El cáncer cérvico-uterino, su impacto en México y el porqué no funciona el programa nacional de detección temprana. *Revista Biomédica* 2006, Vol. 17/No. 1/Enero-Marzo: 83-86. Disponible en: <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb0617110.pdf> [citado 12 de noviembre 2015].
48. Vega, J, Gutierrez, SO, Teran, Y. Uso del Papanicolaou en mujeres que acuden a la detección oportuna de cáncer cérvicouterino: un acercamiento a la satisfacción en el servicio. *Invest Educ Enferm*; 2009, 27(2):201-208,. Disponible <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105213195005>. [citado 14 de noviembre 2015]
49. Weisner, C, Vejarano, M, Caicedo, JC, La citología de cuello uterino en la ciudad de Soacha, Colombia. Representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Revista de Salud Pública, Volumen 8 (3), noviembre 2006*. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S012400642006000300004&script=sci_artt ext [citado 25 de abril 2015].
50. Urrutia, MT, Poupin, L, Concha, X, ¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2008; 73(2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000200005&script=sci_arttext [citado 25 de abril 2015].
51. Cogollo, Z, Castillo, I, Torres, B. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 40 años frente a la citología cervico uterina en Instituciones de Salud Publica de Cartagena /Colombia *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2010; 26 (2): 223-231. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/626/823> [Citado 12 de Noviembre 2015].
52. Aguilar, JA, Leiva, A, Angulo, D. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(1):100-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13550.pdf> citado 12 de Noviembre 2015].
53. Restrepo, J, Mejía, A, Valencia, M. Accesibilidad a la citología cervical, en Medellín, Colombia 2006. *Rev. Esp Salud Pública* 2007, Vol. 81, N.º 6. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000600009&script=sci_arttext. [citado 12 de Noviembre 2015]

16. ANEXOS

16.1 Anexo 1. Consentimiento informado

	CON SENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES	CÓDIGO: GIN-FOR-16
		VERSIÓN: 1
		FECHA: 4/JUN/2015

GRUPO DE INVESTIGACIÓN SALUD PÚBLICA
FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

INVESTIGACIÓN:

TÍTULO: Factores sociales y comportamentales asociados a la utilización de los servicios de salud de detección temprana de cáncer de cuello uterino en Circasia, Quindío 2015.

Ciudad y fecha: _____

Yo, _____ una vez informado sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención y evaluación que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Mayra Alejandra Benítez Dorado y Carol Johanna Castro Osorio, estudiantes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:

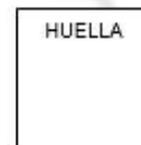
1. Grupo de discusión
2. Entrevista
3. Encuesta

Adicionalmente se me informó que:

- Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.
- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitirán mejorar los procesos de evaluación de pacientes con condiciones clínicas similares a las mías.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Firma _____
Documento de Identidad _____ No. _____ de _____
Huella Índice derecho:



Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta N 048 de Julio 8 de 2015

RESUMEN DEL PROYECTO:

Nombre:

Factores sociales y comportamentales asociados a la utilización de los servicios de salud de detección temprana de cáncer de cuello uterino en Circasia, Quindío 2015.

Objetivos:

Interpretar la relación entre los factores sociales y comportamentales asociados con la utilización de los servicios de detección temprana de cáncer de cuello uterino en mujeres entre 25 y 49 años de Circasia (Quindío), 2015.

Justificación:

Las estudiantes de la maestría en salud pública de la universidad Autónoma de Manizales como requisito para obtener el título de Magister en salud pública, estamos desarrollando un proyecto que consiste en la identificación de factores que influyen en el uso de los servicios de salud específicamente los que tienen que ver con el área de detección de las alteraciones del cuello del útero y la Realización de la Citología vaginal en las mujeres de 25 a 49 años de Edad del Municipio de Circasia Quindío.

Debido a que el cáncer de Cérvix, es la tercera causa de muerte en las mujeres Colombianas, además es una de las principales causas de muerte en el departamento del Quindío y con un aumento progresivo desde el año 2009 a 2011 en el municipio de Circasia.

Riesgos esperados.

No se espera ningún riesgo al momento de realizar la entrevista, los grupos de discusión y la encuesta, ya que se protegerá la identidad de la persona que proporciona la información.

Procedimientos

Para llevar a cabo dicho estudio es necesario realizar entrevistas entendiéndose éstas como una conversación guiada individual, grupos de discusión que son entrevistas dirigidas a todo un grupo y encuestas que son cuestionarios, que serán aplicadas a mujeres de 25 a 49 años del régimen subsidiado del área urbana del municipio de Circasia con el fin de dar cumplimiento a los objetivos del proyecto, para lo cual se requiere de su participación.

Beneficios

Con su colaboración se logrará la reorientación de estrategias a nivel hospitalario para la prestación de los servicios de salud, con el fin de ofrecer mejor servicio y flexibilidad en la atención para que todas las mujeres puedan acceder a este servicio con el fin de detectar a tiempo el cáncer de cuello uterino de la población circasiana; es de aclarar que no se recibirá recompensa económica ni en especie por su participación, sin embargo su participación será muy importante.

16.2. Anexo 2. Encuesta

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

PROYECTO: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA QUINDÍO 2015

ENCUESTA

Fecha _____

Edad: (En años cumplidos: _____)

La presente encuesta tiene como objetivo identificar una serie de factores que influyen en la utilización de los servicios de salud para la toma de la citología en mujeres de 25 a 49 años, de antemano agradecemos su participación recordamos que la información suministrada será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la presente investigación. Por tal razón solicitamos ser lo más sincera posible.

A continuación se le realizará una serie de preguntas es necesario que las conteste según la indicación:

A. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION.

Marque una **X** frente a la respuesta seleccionada, según sea el caso

1. EPS a la que está afiliada:

Cafesalud: ____ Caprecom: ____ AsmetSalud: ____ Otra: ____.

2. Estado civil actual:

- a. Soltera: _____
- b. Casada: _____
- c. Unión libre: _____
- d. Divorciada: _____
- e. Viuda: _____

3. Nivel Educativo:

- a. Primaria: _____
- b. Bachiller: _____
- c. Técnico: _____
- d. Universitario: _____
- e. Ninguno: _____

4. ¿En qué actividad ocupa la mayor parte de su tiempo?

- a. Trabajando ¿Cuál es su actual trabajo? _____
 - b. Buscando trabajo
 - c. Estudiando
 - d. Oficios del Hogar
 - e. Otra actividad ¿Cuál actividad? _____
-

5. ¿De Cuántos integrantes se compone su familia? _____

6. ¿A cuánto equivale sus ingresos mensuales?

- a. Menos de \$644.350 _____
- b. A \$644.350 _____
- c. Más de \$644.350 _____

7. ¿Cuándo usted se enferma, buscan ayuda en:

- a. Su Familia _____
- b. Sus Vecinos _____
- c. Sus Amigos _____

- d. La Iglesia _____
- e. El Medico _____
- f. Otro ¿cuál? _____

B. COMPORTAMIENTO EN SALUD

8. *¿En qué ocasiones usted acude al médico?*

- a. Cuando se siente enferma: _____
- b. Para prevenir enfermedades _____
- c. Cuando la invitan del Hospital _____
- d. Nunca _____

9. *De los siguientes, ¿Que aspecto influye para que usted no se tome la citología cervicouterina?*

- a. La religión no me lo permite: _____
- b. La incomodidad que representa el procedimiento: _____
- c. Trato que le da el personal de salud al momento de realizar la citología: _____
- d. Dinero: _____
- e. Largo tiempo de espera en el hospital: _____
- f. Mi esposo no me deja: _____
- g. Otro ¿Cuál?: _____

• **Responda las siguientes preguntas:**

10. ¿Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?

SI _____ NO _____

Si la respuesta es **SI** escriba por que medio o persona ha escuchado hablar del cáncer de cuello uterino:

11. ¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino?

- a. Haciéndome la citología cada año _____
- b. Tomando pastas anticonceptivas _____
- c. Retirándome la matriz _____
- d. No se puede prevenir _____

12. ¿Cada cuánto debe tomarse la citología?

- a. Cada dos años _____
- b. Cada tres años _____
- c. Cada cuatro años _____
- d. Cada año _____
- e. Cada cinco años _____

13. ¿Considera importante la realización de la citología? SI ____ No: ____
¿Por qué?

14. ¿Alguna vez el personal del hospital la ha llamado o visitado en su casa para invitarla a realizarse la citología cérvico uterina?

SI _____ NO _____

15. ¿Qué puede decir del personal encargado de realizar la citología cérvico uterina?

- a. Es malgeniada _____
- b. Es grosera _____
- c. Es amable _____

d. No la conozco _____

e. Otra. ¿Cuál?

16. ¿Qué tal le parece el consultorio donde le realizan la citología cérvico uterina?

a. Es muy oscuro _____

b. Esta sucio _____

c. Esta desorganizado _____

d. Adecuado para la toma de la citología _____

e. No lo conozco _____

f. Otra. ¿Cuál?

17. Que recomienda usted al Hospital para que todas las mujeres se realicen la citología cada _____ año?

GRACIAS POR SU PARTICIPACION

16.3 Anexo 3. Guía de Entrevista

PROYECTO: UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE CIRCASIA QUINDÍO 2015.

GUÍA ENTREVISTA

Fecha _____

El presente instrumento se realiza como guía para la realización de la Entrevista semiestructurada con el objetivo de profundizar en la identificación de los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud para la toma de la citología en mujeres de 25 a 49 años.

Edad. _____

Para llevar a cabo esta entrevista es necesario que usted sea lo más sincera posible con el fin de aclarar aspectos acerca de la citología cervicouterina. Para ello se realizará una transcripción exacta de su relato y es necesario realizar grabación de las respuestas con el fin de obtener una mayor aproximación. Es necesario aclarar si desea aceptar la grabación dentro de la entrevista.

Guía de preguntas:

- a. ¿Qué conocen del cáncer de cuello uterino?
- b. ¿Qué es el cáncer de cuello uterino?
- c. ¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino?
- d. ¿Qué actividades se pueden realizar para prevenir la aparición del cáncer de cuello uterino?
- e. De los siguientes, ¿Qué aspecto influye para que usted no se tome la citología cervicouterina?
 - Lo que usted debe de hacer antes de realizarla: _____

- La incomodidad que representa el procedimiento: _____
 - Trato que le da el personal de salud al momento de realizar la citología: _____
 - Dinero: _____
 - Los trámites administrativos: _____
 - Otro ¿Cuál?: _____
- f. Por qué la respuesta de la pregunta anterior.
 - g. Considera que el servicio de salud es adecuado para ofrecer la toma de la Citología Cervicouterina en cuanto a:
 - El personal?:
 - Los trámites administrativos?:
 - El Horario que se destina para la toma de citología?:
 - La información que el Hospital Brinda para influir en usted para que se tome la citología.
 - La comodidad del consultorio?
 - h. ¿Qué haría más fácil la toma de la citología?
 - i. Qué aspectos del entorno influyen para que usted no se tome la citología:
 - El trabajo? Por qué?
 - El Estudio?: Por qué?
 - El tiempo? Por qué?
 - La Familia?: Por qué?
 - El temor para realizarse la citología? Por qué?
 - Las Tradiciones? Por qué?
 - j. Considera usted importante realizarse la citología?
 - k. Que recomendaciones podría dar al servicio de salud para lograr que todas las mujeres se realicen la citología?
 - l. En resumen por que las mujeres del municipio de circasia no se realizan la citología?

Gracias por su Colaboración.

Sus respuestas son muy útiles para el desarrollo de la investigación.

16.4 Anexo 4. RAES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES						
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA						
RAES AMBIENTE EXTERNO (MODELO DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, ANDERSEN 1995)						
Tipo de documento	Ley	Decreto	Resolución	Acuerdo	Circular	Otro x
Título	Contexto demográfico, económico y servicios de salud					
Fecha	Gobernación del Quindío 2013-2014					
Bibliografía completa	Análisis de Situación de salud ASIS-DS, Circasia. En el Modelo de Determinantes Sociales en Salud					
Institución de origen del documento	Secretaria salud departamental del Quindío					
Tema principal	Diagnóstico integral del territorial (municipio de Circasia)					
	Localización y características físicas			Ubicado en la parte central norte del departamento del Quindío, el área rural se divide en 23 veredas y el área urbana en 43 barrios		
	Accesibilidad geográfica			Vías estables y de alta calidad		
	Contexto demográfico			Población de 28660 (DANE), ubicación espacial de la población en cabecera municipal como expresión de dinámicas sociales y		

Significados de los contenidos		laborales. Predominio del sexo femenino
	Ambiente económico	Proceso de sustitución de recursos, no solamente áreas de cultivo (tierra), sino también recursos de inversión.
	Oferta de servicios de salud	ESE Hospital San Vicente de Paul atención a población subsidiada, PPNA y régimen especial y Pasbisalud IPS atención al régimen contributivo. El nivel de atención.
Aportes específicos al proyecto	Incluye componentes físicos, demográficos, económicos y oferta de servicios de salud como un insumo importante para el uso de la de la comprensión de los servicios de salud.	

16.5 Anexo 5. Matriz de análisis categorial

CATEGORIA	RESPUESTAS	CATEGORIA EMERGENTE-CODIFICACIÓN INICIAL	SUSTENTO TEÓRICO 1	NUEVA CATEGORIA EMERGENTE-RELACION DE CATEGORÍAS	REFERENTE TEÓRICO 2-
AMBIENTE EXTERNO Fuente: RAES DE INFORMACION DOCUMENTAL					
Localización y características físicas	<p>El municipio de Circasia, se encuentra ubicado en la Vertiente Occidental de la Cordillera Central del territorio Colombiano, y en el norte del departamento del Quindío.</p> <p>La superficie del municipio en su totalidad es de 91.37 km2 divididos en 2.30 Km2 área urbana y 89.07 km2 área rural.</p> <p>El área rural se divide en 23 veredas y en su área urbana cuenta con el sector del centro, 43 barrios y urbanizaciones</p>	<p>Las características ambientales reflejan que el municipio de Circasia cuenta con aspectos físicos y de accesibilidad geográfica adecuados, concentración de la población en la zona urbana, desarrollo económico y suficiente oferta de servicios de salud,</p>		<p>La cercanía a la institución de salud no significa mayor demanda frente a la toma de la citología cervicouterina.</p> <p>La atención oportuna del servicio en cuanto a la toma de citología no condiciona la asistencia al mismo.</p>	<p>Estudios similares demuestran lo contrario, ya que la cercanía a los servicios de salud promueve el uso de la citología cervicouterina debido a que el desplazamiento es menor y se puede caminar, situación contraria a la que se presenta frente a las mujeres que tienen que coger bus (45)</p> <p>Características similares son mencionadas en otro estudio como el realizado en México en los que se destacan que el estar satisfechas con el servicio de salud no es un condicionante</p>

	cercanas al área urbana (31).	lo que hace que la población (mujeres) pueda hacer uso del portafolio de servicios ofrecidos por la ESE local de acuerdo a las características propias de la población (edad y sexo) y/o necesidad.		Las características del sistema de atención en salud con la que cuenta la ESE Local (Hospital San Vicente de Paul) en cuanto a su oferta y oportunidad en la toma de citología vaginal con su sistema de demanda inducida intramural y extramural (REF), los horarios extendidos y flexibles, la rápida atención y la no solicitud de trámites administrativos y remuneración alguna, no son condicionantes principales para la asistencia a la toma de la citología ya que las usuarias reconocen la prestación del servicio con dichas características y mencionan una
Accesibilidad geográfica	Las vías del departamento del Quindío se consideran estables y de alta calidad por donde se moviliza un importante volumen de tránsito automotor semanal (13.646 automotores en el corredor entre Armenia y Circasia y 11.412 entre Armenia y Calarcá en 2008) (31)			
Contexto demográfico	La distribución de la población por área denota concentración de población en la zona urbana, dado el desarrollo comercial, social y la esperanza de la población de hallar en la ciudad mejores condiciones de vida, generando pérdida lenta de población rural (31) En el Censo 2005 el Municipio de			

	<p>Circasia, se registró una población de 27.442 habitantes. En 2010 de acuerdo a las proyecciones del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE), tiene una población de 28.660. Mayor número de mujeres que hombres en total (3.94%) (31)</p>			adecuada prestación del servicio.
Ambiente Económico	<p>Proceso de sustitución de recursos, no solamente áreas de cultivo (tierra), sino también recursos de inversión (31).</p>			
Oferta de servicios de salud	<p>ESE Hospital San Vicente de Paul atención a población subsidiada, PPNA y régimen especial y Pasbisalud IPS atención al régimen contributivo. I nivel de atención. El municipio no cuenta con instituciones que presenten</p>			

	segundo y tercer nivel de atención, y el tiempo que se demora en automóvil a conseguir dichos niveles es de 15 minutos lo que permite evidenciar la no necesidad del recurso (39).				
CARACTERÍSTICAS DE PREDISPOSICIÓN FUENTE: ENCUESTA A 100 MUJERES DE LOS BARRIOS LAS MERCEDES, CAMILO DUQUE, RINCÓN SANTO					
Edad	Mujeres en edades de 25 a 49 años con una media de 38,6 años.	La población encuestada son mujeres en edades productivas, casadas en su mayoría, con bachiller y dedicadas a los oficios del hogar, lo cual y según respuestas cuando se profundiza en los aspectos que influyen en la toma de citología, el tiempo que amerita los gajes del hogar hacen más difícil el desplazamiento a la ESE para la toma de citología.			
Estado Civil	El 40% de las mujeres encuestadas son casadas seguidas de un 27% de mujeres solteras				
Nivel Educativo	El 46% de las mujeres encuestadas son bachiller seguidas de un 33% con primaria.				
Nivel de Ocupación	El 71% de la población encuestada se dedican a los oficios del hogar y solo un 20% trabajan.				

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS FUENTE: ENCUESTA A 100 MUJERES DE LOS BARRIOS LAS MERCEDES, CAMILO DUQUE, RINCÓN SANTO-ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA (5)					
Ingresos	El 55% de la población encuestada sobreviven con menos del salario mínimo solo el 30% reciben el total de este.	Aunque la mayoría de la población encuestada reciban mensualmente menos de un salario mínimo este no debe ser motivo para la NO toma de citología ya que esta es totalmente gratuito, lo que si		La cercanía a la institución de salud no significa mayor demanda frente a la toma de la citología cervicouterina.	
Redes de Apoyo ¿Cuándo usted se enferma, busca ayuda en?	El 51% responde que se dirige al médico seguido de un 46% que acuden a la familia.	dificulta la toma de citología y refuerza lo anteriormente escrito es la composición familiar ya que en promedio por hogar son cuatro			
Composición familiar	En promedio cada vivienda encuestada cuenta con 3.6 integrantes.	personas lo que hace en caso que las mujeres dediquen el mayor parte de su tiempo a desarrollar actividades del hogar y cuidado de la familia, aun		El cuidado a los hijos y pareja retrasan que las mujeres acudan a la institución de salud para la toma de la citología cervicouterina.	

		reconociendo la oferta de los servicios de salud que ofrece la ESE sin embargo, solo acuden en caso de enfermedad y no para actividades preventivas.			e b p m a c u m p la c o p o la p lo p s e S a p fa m to la ti v
Conocimientos de oferta de servicios de la ESE	M1: <i>“si yo he ido por ejemplo con los dos niños que tengo he ido para lo de control de crecimiento y desarrollo al hospital y lo tengo a</i>			La falta de tiempo como condicionante para no asistir a la toma de la citología cervicouterina.	L u c a m e C b

	<p><i>los dos y al médico pues al hospital voy yo casi no voy al hospital porque es que el niño me ocupa mucho tiempo primeramente el niño y segundamente pues el papa del niño entonces yo uno no le queda tiempo para uno ir (...)”</i></p>				
--	---	--	--	--	--

<p>Estado de salud percibido</p>	<p>La mayoría de las mujeres manifiestan que solo acuden al servicio de salud en caso de enfermedad de ellas o sus familias. <i>M1 "Según la enfermedad, si según la enfermedad porque si es como un dolorcito de cabeza uno se toma una se toma una pasta si es umm fiebre se toma una pasta una bebida y espera si ya aumenta uno como más entonces ya uno se va uno para el hospital"</i> Así mismo se reconoce que cuando se tiene una enfermedad de base deben asistir periódicamente a los controles; <i>"M2 Como yo sufro de asma y a mí me tienen de control en el hospital es o si y tengo el control cada dos o cada tres meses voy"</i></p>			<p>La realización de la citología está condicionada a presentar síntomas ginecológicos y no por prevención.</p>	<p>S e c c m r a u M e m g ll m u c 4 p g ig e e d a in c y ri in p m c c (</p>
---	--	--	--	---	---

COMPORTAMIENTO EN SALUD FUENTE: ENCUESTA A 100 MUJERES DE LOS BARRIOS LAS MERCEDES, CAMILO DUQUE, RINCÓN SANTO-ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA (5)			
¿En qué ocasiones usted acude al médico?	<p>El 80% de la población acude al médico solo cuando se siente enferma</p> <p>M2: “(...) <i>si según la enfermedad porque si es como un dolorcito de cabeza uno se toma una se toma una pasta si es umm fiebre se toma una pasta una bebida y espera si ya aumenta uno como más entonces ya uno se va uno para el hospital pero a veces uno va con fiebre al hospital eso no es urgencias (...)</i>”.</p>	<p>Los conocimientos frente al cáncer de cuello uterino son adecuados reconocen que es una enfermedad mortal, la toma de citología como principal mecanismo de prevención, la periodicidad con la que se la deben realizar, en su mayoría consideran importante la realización de esta ya que es la manera de prevenir entendiéndose este como detección temprana de la enfermedad todo esto gracias a los diferentes medios de comunicación (TV, radio, campañas, visitas) que el medio ha implementado para la concientización en lo referente a este tema sin embargo, pese a unos</p>	<p>Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, pena, mala atención, procrastinación y miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. (45)</p> <p>¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE</p> <p>Las principales razones para no hacerse el Papanicolau y no acudir a buscar el</p>
¿Ha escuchado sobre el cáncer de cuello uterino?	<p>El 89% de la población encuestada responde que alguna vez fueron informadas sobre el tema.</p> <p>M1: “<i>Ehh no ahí cuando yo estaba estudiando en el</i></p>	<p>Los conocimientos frente al cáncer de cuello uterino son adecuados reconocen que es una enfermedad mortal, la toma de citología como principal mecanismo de prevención, la periodicidad con la que se la deben realizar, en su mayoría consideran importante la realización de esta ya que es la manera de prevenir entendiéndose este como detección temprana de la enfermedad todo esto gracias a los diferentes medios de comunicación (TV, radio, campañas, visitas) que el medio ha implementado para la concientización en lo referente a este tema sin embargo, pese a unos</p>	<p>Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia mencionaron miedo a practicarse la citología, incomodidad/dolor, pena, mala atención, procrastinación y miedo al diagnóstico de cáncer como las principales barreras para el tamizaje rutinario. (45)</p> <p>¿Por qué las mujeres no se toman el papanicolau? Barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE</p> <p>Las principales razones para no hacerse el Papanicolau y no acudir a buscar el</p>

	<p><i>colegio san José nos inculcaban mucho todo eso allá iban allá en el colegio iban también enfermeras estudiantes de enfermería y todo eso y nos daban kits de toallas y todo eso y nos decía que nos hiciéramos la citología y todo eso a las muchachas ya de decimo y once”</i></p>	<p>conocimientos adecuados y una actitud positiva frente a la toma de citología la población femenina no se realiza la toma de citología anual y todo por diversos motivos como la incomodidad que presenta el procedimiento, la pena, el tiempo y el personal masculino que en ocasiones es el responsable de la toma.</p>	<p>resultado fueron: la falta de preocupación; los problemas relacionados al procedimiento como miedo, vergüenza, incomodidad y falta de tiempo. (46)</p> <p>Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia y Colima.</p> <p>La sumisión a la voluntad del compañero sexual, conocimiento de experiencias negativas en otras mujeres, el temor al dolor, el pudor, la vergüenza y la ausencia de síntomas, factores percibidos por las mujeres de este y otros estudios (21).</p> <p>La experiencia de las mujeres ante la citología, varió, desde aquellas que no sintieron nada, y la perciben como algo normal, hasta</p>	
<p>¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino?</p>	<p>El 82% de la población encuestada reconocen la citología anual como mecanismo de prevención del cáncer de cuello uterino</p> <p>M1: <i>“Se previene yo creo pues en las niñas se previene con la inyección que están aplicando ahora, se comienza a prevenir desde muy temprana edad y en los adultos</i></p>			

	<p><i>haciéndose la citología”.</i></p> <p>M2: <i>“Cada uno que lo ordene el medico pues hacerse la citología”</i></p>		<p>aquellas que sufrieron un proceso traumático que no volverían a repetir; además mostraron preferencia por el personal femenino al momento de realizarse la citología, situación que refleja las barreras de accesibilidad cultural (21)</p>	
<p>¿Cada cuánto debe tomarse la citología?</p>	<p>El 85% responde que la frecuencia con la que se debe tomar la citología es cada año.</p>		<p>Conocimientos, actitudes y prácticas respecto al cáncer de cuello uterino de mujeres entre 14 y 49 años de un barrio de la comuna 10 de la ciudad de Armenia, Colombia</p> <p>La falta de tiempo y de dinero son factores que afectan la decisión de la toma de la citología (25).</p>	
<p>¿Considera importante la realización de la citología?</p>	<p>El 88% de la población responde que Si es importante realizarse la citología</p>			
<p>¿Qué conoce del cáncer de cuello uterino?</p>	<p>M1: <i>“Ehh pues creo que es una enfermedad que da que les da a las mujeres ehh puede ser por pues he escuchado que se que algunas veces sea por las relaciones sexuales que por eso pues que ahora pues a las niñas la vacunan desde los para prevenir</i></p>			

	<p><i>muchos tipos de cáncer las vacunan desde pequeña lo que no hicieron pues con nosotras y pues que esa enfermedad puede llegar a quitarle la vida a una mujer si no se la hace a tiempo”.</i></p> <p><i>M2: “(...) pues son una enfermedad que lo mata a uno que sino la no la detectan a tiempo pues es mortal y si la detectan a tiempo puede ser un poquito pues que le hacen curable si pues que le hacen a uno tratamiento y pueden salvarlo por otros días,(...)”</i></p>				
¿Prevenir que significa?	<p><i>M2: “Como detectar la enfermedad anticipadamente ehh”</i></p> <p><i>M1: “Detectar a temprana edad si eso”</i></p>				
¿Solo previene el cáncer de	<p><i>M1: “Previene también otras</i></p>				

<p>cuello uterino u otras enfermedades?</p>	<p><i>enfermedades, como pues que es lo que más hay las enfermedades de transmisión sexual creo pues y enfermedades normales que como es que se llama eso a nosotros nos enseñaron en el colegio eso, de enfermedades de la matriz pues creo que los flujos y todo eso que también le pueden detectar a uno porque yo creo que eso también tiene que ver con el cáncer si le ven uno pues un flujo oscuro alguna cosa ya es porque uno tiene cáncer”.</i></p>				
<p>¿Qué aspectos influye para que usted no se tome la citología cervicouterina?</p>	<p>El 54% de la población refieren otro motivo el cual no fue descrito en su mayoría, sin embargo entre las personas que lo describen son por falta de tiempo, descuido y pena. La segunda respuesta con</p>			<p>Falta de preocupación es uno de los principales determinantes para la toma de la citología cervicouterina.</p>	<p>E e c b p m r c d p a a</p>

	<p>mayor porcentaje es la incomodidad que representa el procedimiento 34%.</p> <p>M1: <i>"en mi caso es que haya un enfermero jefe haciendo la citología yo no me presentare yo por eso no me la he hecho (...) uno se siente pues le da pena a uno con una mujer ahora mucho más pena con un hombre haciendo la citología. (...) pues yo dije nooo si le da a uno pena hacérsela con una mujer ahora asi con un hombre le da uno el doble de pena,</i></p> <p>M2:<i>"Pues porque Me da pena, si siento pues que pena de ir"</i></p> <p>M1:<i>"(...) eso le ponen a uno muy duro ese aparato que le ponen a uno no sé cómo es que eso el especulo se lo ponen a uno muy</i></p>				<p>h ir re p a m p o la p lo p y la c to h c a u d c e ir p a s</p>
--	---	--	--	--	---

	<p><i>duro y noo ahí queda uno como curado (risas) con miedo”</i></p> <p>M2: “<i>Si eso le da uno es miedo porque eso duele mucho”</i></p> <p>M1: “Yo creo que otro motivo sería el de familia porque por ejemplo yo tengo un niño de 10 meses y él ocupa casi y él ocupa uno todo el espacio y uno tiene que estar en los controles que allí que pa alla se ocupa uno con la familia como con el niño y con el papa del niño todo y entonces no le queda a uno tiempo para uno entonces eso sería otro motivo también que la familia”.</p>				
USO DE SERVICIOS DE SALUD					
¿Qué tal le parece el consultorio donde le realizan la citología?	El 75% responde adecuado seguido de un 22% que refieren no conocerlo.			El trato y el sexo del personal responsable de la toma de la citología son condicionantes	E e A p c s

	<p>M2: <i>“(…) la intimidación no mucho porque porque eso tiene una cortina ahí y ahí se pueden asomar porque uno uno también eso es lo que de pronto lo hace a uno, la jefe ahí hacerle eso ahí a uno y la otra muchacha ahí jefe que no sé qué y entonces uno como que uno, entonces uno no sabe quién se va asomar allá, porque tienen es una cortina ahí, no es como íntimo pues que, que el resto uno para cambiarse ahí está el baño lo que falta es que cerraran la puerta y ya mientras están ahí”.</i></p>	<p>Las personas que han asistido alguna vez para la toma de la citología en la ESE en su mayoría refieren que el consultorio es adecuado, aunque hacen mención que este no se garantiza la intimidad por lo pequeño y por la presencia de una auxiliar de enfermería en el momento de la toma y que la enfermera es amable sin embargo, hacen mención de experiencias anteriores con otras enfermeras donde su actitud no fue la mejor (malgeniadas, bruscas) lo que hace pensar que todas se comportan de la misma</p>		<p>para que la población femenina acceda a la toma de la citología cervicouterina</p>	<p>p la e n e m c e m h d f tr e d p d re re n p d n c c p a q a</p>
<p>¿Qué puede decir del personal encargado de realizar la citología?</p>	<p>El 71% refiere que es amable seguida de un 19% que refieren no conocerla (o). M1: <i>“A mí me hicieron muy</i></p>	<p>su actitud no fue la mejor (malgeniadas, bruscas) lo que hace pensar que todas se comportan de la misma</p>			

	<p><i>horrible y eso que estaba eso fue para hacerme unos chequeos en el embarazo y eso le allá la señora fue muy brusca y metió eso así como y no eso es muy horrible”.</i></p> <p><i>M2:” le dije yo pero es que la vez pasada la enfermera es que es muy es que no tienen como paciencia cierto porque uno cuando esta allá cierto en la posición ahí entonces umm la enfermera fue la enfermera y a ponerme ese aparato, el especulo y entonces pues umm yo no era que yo era la que apretaba ni nada y no era como el cuerpo cierto el cuerpo es que como que se frunce y ella decía afloje afloje y yo decía no si yo no estoy no no</i></p>	<p>manera impidiendo que asistan a la ESE para la toma de citología esto, pese a la inducción a la demanda para este programa por parte de la ESE para aumentar la cobertura y el apoyo de grupos organizados (FAMI) que fomentan la práctica de la citología.</p>		
--	--	--	--	--

	<p><i>estoy apretando ni nada entonces ella dijo no no no está me hizo dañar eso y no sé qué de malgenio todo eso entonces y fue y como que se consiguió otro por allá y me hizo fue mas duro, me la hizo de todas manera si me la hizo entonces yo desde esa vez no volví desde esa vez no volvi a la citología (...), si entonces a uno le da como nervios también que la gente a veces no como que no lo entiende a uno que uno es como el cuerpo como que se si ahh que afloje afloje y no yo esto bien yo no estoy frunciendo ni nada entonces ahi es lo que le hace a uno dar más nervios todavía de ir uno a eso".</i></p> <p><i>M1: "Si una enfermera jefe, pues ella era muy</i></p>			
--	---	--	--	--

	<p><i>cuando me la hizo a mí, ehh ella era muy malgeniada la señora</i></p> <p>M2: <i>“si no tenía como paciencia, eso como paciencia como si, como si porque antes lo asustaba a uno ahí entonces ahí era como que más se frunce el cuerpo”</i></p>				
<p>¿Alguna vez el personal del hospital la ha llamado o visitado en su casa para invitarla a realizarse la citología?</p>	<p>El 64% de las mujeres encuestadas refieren que no han sido remitidas para la toma de citología.</p> <p>M2: <i>“Antes le dicen a uno le dicen a uno vengan vengan a la citología ponen los letreros y ponen los avisos y todo”.</i></p> <p>M2: <i>“Si la enfermera del hospital, a mí la enfermera del hospital, cada rato voy y hasta me han dejado un hojita ahí con la orden para que vaya hacérmela y yo no he ido si las enfermeras del</i></p>			<p>Los mecanismos de captación para la toma de citología cervicouterina no impactan en la población femenina.</p>	<p>N e s c</p>

	<p><i>hospital por allá pasan”</i></p> <p><i>M1: “a mí también pues en el fami nos yo estoy en un fami y también nos dicen eso que nos hagamos la citología que es por los hijos porque uno no debe pensar pues que uno debe pensar tanto en uno como en los hijos porque si a uno le pasa alguna cosa los que más van a sufrir son los hijos que quedan solo los niños que es mejor prevenir que nos dicen allá que lamentar”.</i></p>			
<p>Organización</p>	<p>M1: “Eso si allá cuando uno llega ahí mismo se la hace, uno se la hace sino que uno por también mucho por el tiempo también que uno le hace falta tiempo (...)”.</p>			

