

**BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON  
RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA POSITIVA EN UNA E.S.E DE  
PALMIRA 2010**

**INES MARIELA CASTAÑO RAMÍREZ**



**FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2011**

**BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER CON  
RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA POSITIVA EN UNA E.S.E DE  
PALMIRA 2010**

**INES MARIELA CASTAÑO RAMÍREZ**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de  
Magíster en Administración en Salud

Director

**LUIS ALBERTO TAFUR CALDERÓN**

MD ESP



**FACULTAD DE SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
SANTIAGO DE CALI  
2011**

**Nota de aceptación**

---

---

Presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Fecha \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, Dueño y Señor de la vida  
Quien me dio el don de existir y la oportunidad de superarme.*

*A mi familia, por el apoyo incondicional*

*A mi hijo JULIAN ARMANDO, quien es la razón de mi vivir y luchar*

*A mi tutor, por su acompañamiento, por su exigencia y su cariño*

## TABLA DE CONTENIDO

	Introducción	
1	Planteamiento del problema.....	15
2	Justificación.....	21
3	Estado del arte.....	23
3.1	Nomenclatura Sistema Bethesda.....	28
4	Marco teórico.....	32
4.1	Proceso para la atención de afiliadas al SGSSS Régimen Subsidiado.....	34
4.2	Proceso para la atención de usuarias del régimen vinculado.	34
5	Marco legal. ....	36
5.1	Inclusión de biopsia y colposcopia POS régimen subsidiado...	41
6	Objetivos.....	42
6.1	Objetivo general.....	42
6.2	Objetivos específicos.....	42
7	Metodología.....	43
7.1	Tipo de estudio.....	43
7.2	Población y muestra.....	44
7.3	Área del estudio.....	44
7.4	Criterios de inclusión.....	45
7.5	Criterios de exclusión.....	45
7.6	Recolección de la información.....	45
7.7	Proceso de recolección de la información.....	45
7.8	Plan de análisis.....	46
7.8.1	Análisis univariable.....	47
7.8.2	Análisis bivariable.....	47
7.9	Variables.....	48

8	Aspectos éticos.....	53
9	Resultados.....	55
9.1	Análisis univariado.....	55
9.2	Análisis bivariado.....	68
10	Discusión.....	78
11	Conclusiones.....	81
12	Bibliografía.....	82

## LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1	Tiempo promedio de atención para mujeres con alteraciones cervicales de una IPS de Cali 2008.....	23
Cuadro 2	Mujeres que reclamaron resultado anormal de citología y tratamiento .....	24
Cuadro 3	Matriz de variables cuestionario para mujeres con resultado de citología positiva.....	48
Cuadro 4	Causas de inclusión o exclusión de pacientes en el estudio.....	55
Cuadro 5	Distribución por edad de las pacientes entrevistadas ...	56
Cuadro 6	Escolaridad de las pacientes entrevistadas.....	56
Cuadro 7	Ocupación de las pacientes entrevistadas.....	56
Cuadro 8	Estado civil de las mujeres entrevistadas.....	57
Cuadro 9	EPS a la que pertenecen las mujeres entrevistadas....	57
Cuadro 10	Antecedentes obstétricos de las mujeres encuestadas.	58
Cuadro 11	Tiempo que tardó la usuaria para asistir a consulta médica general.....	58
Cuadro 12	De dónde era el médico general que la atendió.....	58
Cuadro 13	Tiempo de espera para la autorización de la consulta con el ginecólogo por parte de la EPS.....	59
Cuadro 14	Barreras de atención para la autorización de la consulta con especialista (Ginecólogo).....	59
Cuadro 15	Tiempo que tardó para ser valorada por el ginecólogo después de la autorización de la EPS-S la población encuestada.....	60
Cuadro 16	Barreras de atención de las mujeres encuestadas para la valoración por el ginecólogo.....	60
Cuadro 17	De dónde era el especialista que le asignaron a las mujeres encuestadas.....	61
Cuadro 18	El ginecólogo le solicitó gestionar en la EPS-S algún procedimiento a las mujeres encuestadas.....	62
Cuadro 19	Tiempo de espera para la autorización del procedimiento de la población encuestada.....	62
Cuadro 20	Barreras de atención percibidas por las mujeres encuestadas para la autorización del procedimiento.....	63
Cuadro 21	Realización del procedimiento de las pacientes encuestadas a la fecha de la encuesta.....	63

Cuadro 22	Cuánto tiempo esperó para la realización del procedimiento.....	64
Cuadro 23	Barreras administrativas para la realización del procedimiento percibidas por las mujeres encuestadas.	64
Cuadro 24	Información que recibieron las mujeres encuestadas...	65
Cuadro 25	Profesional que brindó mayor información las usuarias encuestadas.....	65
Cuadro 26	Costo promedio asumido por las usuarias encuestadas	66
Cuadro 27	A la fecha de la encuesta las usuarias tienen procedimientos pendientes.....	66
Cuadro 28	Procedimientos pendientes al momento de la encuesta de las mujeres evaluadas.....	67
Cuadro 29	Dificultades presentadas para la realización de los procedimientos de las mujeres encuestadas.....	67
Cuadro 30	Evaluación del tiempo que tardaron las mujeres encuestadas para asistir a consulta médica según EPS-S.....	68
Cuadro 31	Tiempo de espera para la atención por especialista según EPS-S.....	68
Cuadro 32	Barreras de atención para la autorización de especialista percibidas por las usuarias según EPS-S..	69
Cuadro 33	Tiempo de espera para la valoración por especialista según EPS-S.....	69
Cuadro 34	Barreras de atención para la consulta con especialista según EPS-S.....	70
Cuadro 35	Tiempo de espera para la autorización del procedimiento según EPS-S.....	71
Cuadro 36	Barreras para la autorización del procedimiento identificadas por las pacientes según EPS-S.....	72
Cuadro 37	Mujeres que a la fecha de la encuesta ya les habían realizado la colposcopia y biopsia distribuidas según EPS-S.....	72
Cuadro 38	Tiempo de espera para la realización del procedimiento según EPS-S.....	73
Cuadro 39	Barreras para la realización del procedimiento según vinculación a EPS-S.....	73
Cuadro 40	Evaluación de la información brindada durante todo el proceso de atención según EPS-S.....	73
Cuadro 41	Información brindada durante todo el proceso de atención según EPS.....	75
Cuadro 42	Profesional que proporciona mayor información según	



	EPS-S.....	75
Cuadro 43	Mujeres encuestadas que tienen procedimientos o consultas pendientes según EPS-S.....	76
Cuadro 44	Dificultades en la realización de trámites para la realización de procedimientos según EPS-S.....	76

## TABLA DE ANEXOS

Anexo 1	Anexo1. Cuestionario para mujeres con resultado de citología alterada.....	87
Anexo 2	Consentimiento informado para mujeres con resultado de citología positiva.....	96

## **ABREVIATURAS**

**ASCUS:** Atipia en células escamosas de significado indeterminado

**ASCH:** Atipia en células escamosas de significado indeterminado sugestivo de  
Lesión intraepitelial de alto grado

**VPH:** Virus de Papiloma Humano

**ACG:** Atipia en Células Glandulares

**NIC I:** Neoplasia Intraepitelial grado 1

**NICII:** Neoplasia Intraepitelial grado 2

**NICIII:** Neoplasia Intraepitelial grado 3

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado

**LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

**CCU:** Citología Cervico Uterina

**CCV:** Citología Cervico Vaginal

**EPS-S:** Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

**SSM:** Secretaría de Salud Municipal

**INS:** Instituto Nacional de Salud

## **RESUMEN**

En este estudio se hace un análisis de las características de la citología vaginal como prueba tamiz para la detección de las alteraciones celulares asociadas a la infección por el Virus del Papiloma Humano y desarrollo del cáncer de cuello uterino, los factores que pueden dar como resultado fallas en la prueba y en el seguimiento de las pacientes así como las condiciones de los servicios de salud y las barreras descritas para la oportunidad de la atención, encontradas por otros autores. Se analizaron las barreras administrativas para la atención de mujeres con alteraciones en la citología vaginal que habían sido atendidas en una ESE de Palmira en el año 2010, mediante la realización de una encuesta. De 158 mujeres con alteraciones, se entrevistaron 54. Los resultados muestran la existencia de barreras para la autorización de la cita con especialista y la realización de procedimientos en dos de las tres EPSS que atienden la población afiliada del régimen subsidiado en la ciudad. En la IPS de segundo nivel existen diferencias en la atención de pacientes según la EPSS donde está afiliada la paciente. Así mismo, se encontró un intervencionismo por especialista al programar y realizar colposcopia a pacientes con lesiones de bajo grado.

**PALABRAS CLAVE:** Citología vaginal, tamización, barreras administrativas

## INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello Uterino es una enfermedad considerada infecciosa al identificarse la relación de causalidad con el VPH. Tradicionalmente las políticas de lucha contra esta enfermedad se han orientado hacia la detección temprana de los cambios citológicos en el cuello uterino mediante los programas que realizan toma de citología vaginal (Papanicolaou) en mujeres que han iniciado relaciones sexuales.

En todas las naciones se realizan programas de tamización de esta neoplasia con evidente disminución de la mortalidad en los países desarrollados, mientras que se ha observado que en los países en vía de desarrollo, el Cáncer de Cuello Uterino (CCU), continúa siendo la primera causa de morbimortalidad de la mujer. La OMS plantea estimaciones de 500.000 casos nuevos cada año. El 80 % del estimado mundial se diagnostica en América Latina, África e India.

El Plan nacional de cáncer en Colombia elaborado en el año 2006, propuso alcanzar para el año 2010 una meta nacional de 7,6 muertes por 100,000 mujeres. En el año 2010, la tasa de mortalidad por CCU en el municipio de Cali fue 6,6 x 100,000 mujeres, lo cual constituye un logro importante de las campañas de tamizaje locales. Para continuar bajando los indicadores se requiere que el proceso de toma de la muestra, fijación y coloración, lectura e interpretación de los hallazgos esté de acuerdo con lo establecido y una vez se tenga el resultado de la citología CCU, la mujer acceda al proceso de diagnóstico y el tratamiento en forma oportuna (1).

Un estudio realizado por Wiesner y colaboradores del Instituto Nacional de Cancerología, en cuatro departamentos de Colombia, en 2005 – 2006(2) encontró que el 27 % de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras, no tuvieron acceso a alguno de los servicios diagnósticos o terapéuticos por razones de tipo administrativo de los servicios de salud, razones clínicas y culturales.

En el municipio de Palmira la institución de primer nivel de atención atiende a la población no afiliada al Sistema de Seguridad Social, y mediante contrato a la población del régimen subsidiado afiliada a tres EPSS.

Con esta investigación descriptiva de corte transversal se pretendió conocer, utilizando como instrumento la encuesta, las barreras administrativas existentes en el proceso de atención del Programa de detección de cáncer de cuello uterino y en el posterior tratamiento, mediante el seguimiento a mujeres con resultados citológicos anormales: Atipia en células escamosas de significado indeterminado ASC-US, Atipia en células escamosas de significado indeterminado sugestivo de lesión intraepitelial de alto grado ASC-H, Virus de Papiloma Humano VPH, Atipia de células Glandulares ACG, Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado LEIBG, Lesión escamosa intraepitelial de alto grado LEIAG, atendidas en una ESE de Palmira en el año 2010.

## **1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna originada en las células del cuello uterino exocérvix, endocérvix, asociada a la infección con el VPH. El inicio temprano de relaciones sexuales, la multiparidad, la promiscuidad, la ausencia de citología y la pobreza son factores asociados.

Su alta incidencia y mortalidad, la constituyen en una problemática de alcance mundial ya que es la neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina. En el mundo se estiman 500.000 casos anuales, de los cuales el 80 % de ellos corresponden a países en vías de desarrollo. La reducción de la mortalidad obliga a centrar los esfuerzos en actividades como diagnóstico e instauración de un tratamiento oportuno.

El control de la enfermedad se realiza a través de programas de detección temprana, mediante toma de citología cervicouterina a las mujeres que han tenido relaciones sexuales. Este programa incluye actividades de Demanda Inducida, toma de la muestra cervicouterina, fijación, embalaje, lectura, entrega del resultado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Cada paso requiere del cumplimiento de estándares de Calidad como factores condicionantes del éxito del Programa.

Está demostrado que tiene mayor impacto en la disminución de la mortalidad, el seguimiento a los casos positivos, que el énfasis en la tamización (2).

En un estudio realizado por la Secretaría Departamental de Salud del Valle en el que analizó el tiempo transcurrido entre la toma de la citología y la biopsia, se

encontró que un 44 % de las mujeres no se realizó la biopsia y en el 20 % el tiempo de espera para realizársela fue mayor a dos meses (3). Igualmente, un análisis realizado por el Laboratorio de Salud Pública del Valle 2011, en el que se compara la relación de positividad y la relación alto/bajo grado, con los reportes de la ciudad de Cali y los de Estados Unidos, México y Francia, se observa que este último es el país que más se asemeja al comportamiento de los indicadores de Cali.

El deficiente control de calidad en el programa y la falta de seguimiento a mujeres con alteraciones citológicas contribuyen, entre otros factores, a aumentar las barreras administrativas para la atención oportuna y ponen en cuestionamiento la costoefectividad del programa.

En Colombia según datos dados por GLOBOCAN para el año 2008, el Cáncer de Cuello Uterino (CCU) tuvo una incidencia de 4736 casos y una mortalidad de 2154 (4). Se ha evidenciado la disminución paulatina de las tasas de incidencia de 23 casos x 100.000 mujeres en 2003 a 9 casos por 100.000 en 2008, ubicando esta patología en el cuarto lugar entre las causas de mortalidad de la mujer colombiana. Este impacto puede explicarse quizás por el énfasis en el aumento de la cobertura de citología alcanzado en el país en el año 2005 (76,5 %), dato considerado satisfactorio si se compara con el porcentaje de cobertura en los países desarrollados como EEUU que han alcanzado hasta el 83% (31), Es de esperar que la vinculación al régimen subsidiado de la población colombiana sin capacidad de pago, mejoren estos indicadores.

Igualmente en un estudio realizado por el INS, se encontró que según la afiliación a seguridad social en salud en el año 2009, de un total de 618 casos de CCU fueron del régimen subsidiado: 57.4%, contributivo: 15%, Población pobre no



afiliada (PPNA): 15.8%, particular 10.5%, población de regímenes especiales 1.1% (5) correspondiendo a la característica de la enfermedad asociada con la pobreza. Las Entidades Promotoras de Salud, tanto del régimen contributivo como subsidiado, tienen la obligación de prestar todos los planes de beneficios a su población incentivando acciones de promoción y prevención, y los actores del SGSSS deben realizar las acciones conducentes a reducir el riesgo de enfermar y morir por causas evitables.

Aunque en los últimos años la incidencia de cáncer de cuello uterino en Cali ha disminuido en mujeres mayores de 20 años y se ha evidenciado un incremento de 7.5% en el tamizaje, no ha pasado lo mismo con la población entre los 13 y 18 años, en donde la incidencia se ha elevado (6).

Según Miller (1), el análisis de diversos programas de tamización de citología vaginal existentes en el mundo, ha permitido identificar las principales fallas que dificultan disminución de la incidencia. Estas son:

1. El programa no llega al total de la población con riesgo
2. La prueba no detecta todos los casos
3. La frecuencia con la cual se repite el examen puede no detectar casos de progreso rápido
4. Existen fallas al actuar en los casos con hallazgos anormales a la citología
5. El tratamiento no cura todos los casos

Fallas en los programas de tamización de cáncer de cuello uterino:

1. La toma de la muestra no se realiza adecuadamente
2. Fijación inadecuada de la muestra

3. Tinción inadecuada
4. La citotecnóloga no identifica una anormalidad en el extendido
5. El citopatólogo no clasifica correctamente la anormalidad
6. El médico no recomienda más investigación y tratamiento de una anormalidad
7. La mujer no acepta la investigación recomendada y el tratamiento
8. Tratamiento inadecuado de la anormalidad
9. Seguimiento inadecuado de la mujer tratada para una anormalidad

En el programa de CCU la ESE de Palmira, se ha intervenido la falla relacionada con la toma de la muestra (falla 1) del listado anterior propuesto por Miller (1) La lectura se realiza mediante contratación con un laboratorio externo a la institución y recientemente se ha iniciado un programa de verificación de condiciones de calidad liderado por la Secretaría de Salud Departamental (SSD) y el Instituto Nacional de Salud (INS). Una vez se tiene el resultado de la lectura de la citología, es necesario informar a la paciente y dar continuidad con el proceso que permita realizar el diagnóstico de la patología. Este paso origina pérdida de las pacientes por no asistencia a reclamar el resultado.

La ESE de primer nivel de atención que tiene cobertura en el área urbana y rural del municipio de Palmira, realiza actividades de demanda inducida para la captación de las mujeres al programa de citología y desarrolla las mismas de acuerdo con la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de la Protección Social. De dicha intervención se obtuvieron los siguientes resultados en el año 2010 (7) que fueron clasificados según el protocolo unificado Bethesda 2001.

En el año 2010 según datos suministrados por el Programa de Control Externo de calidad INS, que opera en la Secretaría de Salud Municipal de Cali(7), en la ESE del estudio se tomaron 8837 citologías: 156 presentaron anormalidades cervicales

de las cuales 5 tenían lesiones de alto grado, 122 fueron lesiones de bajo grado y 31 ACG.

Los resultados de CCU anormales son coherentes con los porcentajes indicados en la Guía de control de calidad para el procesamiento e interpretación de muestras de citología de cuello uterino.

Un aspecto que se presenta es el asociado a las dificultades para realizarse la colposcopia y/o exámenes diagnósticos que faciliten el tratamiento oportuno, originados en barreras administrativas del Sistema de Seguridad Social, ya sea por falta de recursos de las pacientes para pagar los costos de los exámenes al no estar afiliadas a ningún régimen (PPNA), o por demora o negativa de las entidades aseguradoras (EPS-S) en el caso de la ESE para autorizar el proceso. En el año 2010 se tomaron 8.837 citologías de las cuales 5, presentaron lesión de alto grado(8). Se desconoce el número de mujeres que no recibieron tratamiento, puesto que la Institución no cuenta con datos. Se sabe que la tasa de mortalidad en Palmira por Ca de cérvix para el año 2009 era de 7,2 mientras que para Cali era de 7,6 por cada 100.000 mujeres (32).

Para modificar la historia natural de la enfermedad y reducir la mortalidad, se debe hacer énfasis en:

- Disponer de facilidades para realizar el diagnóstico de todos los casos con citologías positivas.
- Una vez establecido el diagnóstico aplicar el tratamiento con oportunidad.
- Realizar seguimiento a todos los casos positivos
- Trabajar en la calidad en cada aspecto del Programa.

A continuación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existieron barreras administrativas en el proceso de atención de la mujer con resultado de citología cervicouterina anormal, en Palmira 2010?.

Y la siguiente hipótesis:

En el programa de citología CCU de una ESE de Palmira, existen barreras administrativas para la atención de las pacientes con citologías positivas.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Liga nacional contra el Cáncer plantea que 85 – 90 % de los casos de neoplasia corresponden a carcinoma de células escamosas y entre el 10 y 15 % son adenocarcinoma (33). Para el 2012, 1 de cada 25 mujeres desarrollará CCU durante su vida. En Colombia se estima que 2.300 mujeres morirán por esta enfermedad.

La toma de la citología vaginal, o prueba de Papanicolaou, es una prueba tamiz que permite detectar las posibles alteraciones en las células del cuello uterino y establecer la posible presencia de lesión precancerosa o cáncer de cuello uterino.

Para lograr el tratamiento definitivo de una alteración citológica, la mujer debe ser atendida oportunamente, de tal forma que en un periodo de tres meses se aclare el diagnóstico, para lo que se requieren pruebas como la colposcopia y biopsia.

La realización de las pruebas confirmatorias del diagnóstico presuntivo, implica a las usuarias los trámites para la autorización correspondiente con la entidad en la cual se encuentra afiliada.

En la ESE donde se atendieron las pacientes objeto de este trabajo, en el año 2010 se realizaron 8.837 citologías de las cuales 159(1.8%) tienen alteraciones que requieren realizar el proceso diagnóstico.

Esta investigación se orientó a la identificación de las barreras administrativas existentes en el proceso de atención del Programa de detección cáncer de

cuello uterino para el posterior tratamiento, mediante el seguimiento de mujeres con resultado citológicos anormales ASCUS, ASCH, VPH, ACG, NICI, NICII, NICIII, Carcinoma in situ, carcinoma invasor.

### 3. ESTADO DEL ARTE

En un estudio realizado por Escandón K., Muñoz E. P de la U. Valle 2010 (10) en el cual se analizó la oportunidad y continuidad en el manejo del cáncer de cérvix en una IPS de Cali en 2008 – 2009, se encontró que el tiempo promedio para el tratamiento fue de 4.2 meses.

**Tabla 1. TIEMPO PROMEDIO DE ATENCION PARA MUJERES CON ALTERACIONES CERVICALES DE UNA IPS DE CALI 2008**

ACTIVIDAD	TIEMPO PROMEDIO
Tamizaje	3,4+/-1,8 meses
Diagnóstico	1,8 +/- 2 meses
Tratamiento	4,2+/-3,3 meses

Otro estudio de Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M y Tovar S, del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia, 2010 (2) en cuanto al seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, se concluyó que el 27 % de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras, no tuvieron acceso a alguno de los servicios diagnósticos o terapéuticos por razones de tipo administrativo de los servicios de salud, razones clínicas y culturales de las mujeres.

Por otra parte, los estudios nacionales de demografía y salud realizados por Profamilia 2005, donde evaluaron la adherencia de las mujeres al programa de citología, encontraron lo siguiente (5,11):

**Tabla 2. MUJERES QUE RECLAMARON RESULTADO ANORMAL DE CITOLOGIA Y TRATAMIENTO**

LUGAR	RECLAMO RESULTADO		RESULTAD ANORMAL		FUE POR TRATAMIENTO	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
R.PACIFICA	91.0	89.6	8.6	3.8	7.2	1.9
VALLE	92.3	92.1	8.2	3.2	6.7	1.7
CALI	94.9	93.3	6.6	3.8	5.8	1.8

Estudios nacionales de demografía y salud 2005

En estudios realizados en Bolivia, Perú, Kenya, Sudáfrica y México, 2002 (12), se encontró que los factores que afectan la tasa de participación en programas de Prevención son categorizados en tres secciones: La primera describe los factores que surgen predominantemente por normas socioculturales que influyen en la visión que las mujeres tienen sobre la salud reproductiva. La segunda discute los factores relacionados con los requerimientos clínicos y el tipo de servicio ofrecido, así como el sistema mediante el cual las mujeres están siendo invitadas a participar. La tercera evalúa factores relacionados con la calidad de la atención. Al analizar las creencias relacionadas con la citología se encuentran las relacionadas con el diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Muchas mujeres y sus cónyuges, especialmente en áreas rurales, tienen un entendimiento limitado de los órganos reproductivos femeninos y las enfermedades asociadas. En varios de los proyectos estudiados por Allison Bingham y colaboradores 2002, se encontró que las mujeres creen, algunas veces, erróneamente, que la CCU también se utiliza para diagnosticar ITS o VIH y en consecuencia muchas de ellas deciden no realizarse el examen. Por ejemplo en Sudáfrica, las mujeres a menudo creen que una citología positiva significa que tienen SIDA. Lo mismo sucede en Kenia. En Bolivia se encontró que algunas mujeres rehúsan la citología porque



creen que es una herramienta diagnóstica para cualquier problema vaginal o ginecológico.

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia de las células escamosas del cérvix. Dichos cambios se han asociado principalmente al inicio temprano de la vida sexual, infección por el VPH, especialmente los serotipos 16 y 18, la promiscuidad y la pobreza, vista como obstáculo para acceder a los servicios de salud. En Colombia se utiliza la citología convencional de cuello uterino como método de detección con terminología Bethesda, adoptada por la norma técnica para la detección temprana y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello. Se estima que tiene una sensibilidad es de 0,51 (intervalo de confianza de 95 %; 0,37 – 0,66) y la especificidad de 0,98 (intervalo de confianza de 95 %; 0,97 – 0,99, con una falla en la detección de lesiones de 7% al 25 % con extendido de cuello uterino único (13)

A pesar de las limitaciones, la citología cervicouterina es la prueba tamizaje más utilizada en la identificación de pacientes sospechosas de esta neoplasia gracias a su costoefectividad. Tiene la capacidad para identificar no solamente los cánceres invasivos, sino también las lesiones precursoras. Se ha evidenciado que en aquellos países donde el estudio de citología se ha implementado como una estrategia de detección en las comunidades, la frecuencia de cáncer cervical ha disminuido.

Entre los errores observados en la etapa pre analítica(12):

- Registros incompletos o ilegibles
- Láminas sin identificación, marcadas con lápiz de cera, adhesivos o rotas
- No visualización de la zona de transformación y muestreo incorrecto

- Extendidos inapropiados
- Uso de elementos que interfieren con la lectura
- Fijación inadecuada de la muestra

Estas situaciones revelan el insuficiente control de calidad de los laboratorios de citología y de los programas, ya que actualmente no hay un mecanismo establecido y en funcionamiento para el control de calidad externo en todos los niveles. Se ha demostrado que la calidad de la toma de la muestra, de la lectura, el tratamiento y el seguimiento de las usuarias puede tener mayor impacto sobre la mortalidad por CCU que la cobertura.

Por otro lado la evidencia soporta que la tamización se debe iniciar a los 25 años, sin tener en cuenta la edad de inicio de las relaciones sexuales hasta los 69 años (14).

El Instituto Nacional de Cancerología en la Guía de Práctica Clínica de 2007, en cuanto al intervalo de toma de citología, recomienda que debe hacerse con el esquema 1-1-3 en mujeres sin antecedentes de neoplasia cervical.

Para los casos especiales recomienda:

A las gestantes, a las mujeres con historial sexual exclusivo con mujeres y a las mujeres vacunadas contra el VPH, realizar la toma de citología según el intervalo definido para la población general: 1-1-3. A las mujeres VIH positivo o inmunosuprimidas, les recomienda realizar una primera citología que de ser normal debe repetirse cada seis meses durante el primer año. Si estas son normales continuarán con el esquema regular. A las mujeres histerectomizadas por causas neoplásicas o desconocidas les recomienda seguir las mismas

indicaciones que para la población general durante los primeros diez años y si la causa no está relacionada con esta patología no requiere continuar bajo ningún esquema de toma de citología (13).

A través del programa se pretende tamizar el 80 % de la población femenina entre los 25 a 69 años o la mujer con vida sexual activa, en el intervalo establecido para Colombia (14).

En otros países, según el grado de desarrollo, se usan algunas técnicas alternativas de tamización y diagnóstico para neoplasia cervical que el Instituto Nacional de cancerología sugiere, sean también aplicadas en Colombia como segunda opción (15). de acuerdo con las características socioeconómicas y culturales de las regiones. Lo anterior tiene como base el hecho de que la citología convencional no es una técnica de éxito estandarizado en todas las poblaciones colombianas. Los métodos que se sugieren son:

- **La citología de base líquida:** No hubo consenso por parte del panel de expertos para la aplicación de esta técnica en Colombia. Se debe realizar con intervalo de 1-1-3.
- **La prueba de ADN de VPH:** Es la técnica mas costoefectiva para el país, puesto que su intervalo seria, una prueba cada 5 años a partir de los 30 de edad hasta los 65. El Acuerdo 029 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la incluyó en el POS en el nivel I de atención a partir de enero de 2012.
- **La técnica de inspección visual con tratamiento inmediato:** Utilizada en comunidades con retraso en su desarrollo hasta 2 veces en la vida con

intervalo de 10 años. No se ha promovido debido a la ausencia de investigaciones concluyentes.

El éxito del programa de citología cervicouterina en países desarrollados, muestra una clara reducción de las tasas de mortalidad hasta en un 80% y de las formas avanzadas de cáncer de cuello uterino; sin embargo, han requerido del fortalecimiento de otras estrategias como la implementación de programas de educación, sistemas de información, búsqueda activa de las mujeres, inducción al uso masivo del método, entrega oportuna de resultados de citología y el aseguramiento del diagnóstico definitivo y el tratamiento. México es uno de los países latinoamericanos con éxito en el programa, gracias a estrategias como la focalización de la cobertura a mujeres con alto riesgo, regulación de la práctica de la colposcopia, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el aseguramiento de la calidad del diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento de los casos.

### **3.1 NOMENCLATURA SISTEMA BETHESDA**

Para interpretar los hallazgos de la citología cervicouterina, el Instituto Nacional de Cáncer de EEUU (Bethesda), unificó criterios, adoptó recomendaciones y elaboró un sistema binario y de clasificación por subcategorías para definir con mayor precisión, los cambios que se observan en las células exfoliadas del epitelio de la zona de transición y clasificar las anomalías de las células precancerosas, proponiendo en 1988 la nomenclatura actual de interpretación citológica, modificada por última vez en el 2001. Este sistema establece una comunicación entre patólogos, clínicos, citotecnólogos y otros profesionales.

Los resultados considerados anormales se clasifican dentro de la siguiente terminología:

- ASC-US: Atipias en células Escamosas de significado indeterminado:
- ASC-H: Atipias en células Escamosas que no permiten excluir lesión de alto grado)
- LEI BG: Incluyen cambios asociados a infección por VPH y NICI
- LEI AG: Se refiere a NICII, NICIII y carcinoma in situ
- ACG: Atipias en Células Glandulares; incluyen las atipias en células endocervicales, endometriales y glandulares y el adenocarcinoma endocervicales, endometrial y adenocarcinoma extrauterino.

Recomendaciones para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en Colombia El Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología elaboraron la Guía de Práctica Clínica No. 1, publicada en diciembre de 2007 (16). Las recomendaciones finales para el tratamiento de las pacientes con citología reportada con células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) se presentan a continuación:

1. La estrategia óptima para el manejo de pacientes con citología reportada como ASCUS, si se cuenta con la prueba de detección de ADN-VPH, será: en pacientes con prueba de ADN-VPH positiva, remitir a colposcopia, y en pacientes con prueba de VPH negativa, repetir la citología a los doce meses (*nivel de evidencia II, grado de recomendación B*).
2. La estrategia óptima para el manejo de pacientes con citología reportada como ASCUS, si NO se cuenta con la prueba de detección de ADN-VPH, puede ser

repetir la citología a los seis y a los doce meses o realizar colposcopia inmediata. Si cualquiera de las dos citologías de seguimiento es ASCUS o mayor, se debe remitir a colposcopia.

Si los resultados de las dos citologías de seguimiento son negativos, la mujer deberá regresar al programa de tamización de rutina (*nivel de evidencia II, grado de recomendación B*).

3. La estrategia óptima para el manejo de pacientes inmunosuprimidas con citología reportada como ASCUS debe ser la misma utilizada para las mujeres no inmunosuprimidas (*nivel de evidencia II, grado de recomendación B*).

4. La estrategia óptima para el manejo de pacientes embarazadas, con citología reportada como ASCUS, debe ser igual que en las mujeres no embarazadas (*nivel de evidencia III, grado de recomendación B*).

5. La estrategia óptima para el manejo de pacientes adolescentes con citología reportada como ASCUS debe ser seguimiento con citología a los 12 y a los 24 meses. Si a los 12 meses la paciente presenta una lesión intraepitelial escamosa de grado alto (HSIL, por su sigla en inglés) o mayor, se debe remitir a colposcopia; si la citología reporta ASCUS o una lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL, por su sigla en inglés), debe continuar en observación. Si a los 24 meses la paciente persiste con ASCUS o mayor se debe remitir a colposcopia. Si los resultados de las dos citologías de seguimiento son negativos, la mujer deberá regresar al programa de tamización de rutina (*nivel de evidencia II, grado de recomendación*). No está indicado realizar la prueba de ADN-VPH en este grupo de edad (*nivel de evidencia III, grado de recomendación D*).

6. La estrategia óptima para el manejo de pacientes posmenopáusicas con citología reportada como ASCUS, si no se cuenta con la prueba ADN VPH es:

- En las mujeres en que exista atrofia se dará tratamiento con estrógenos intravaginales, si no hay contraindicación, y una semana después de que este haya finalizado se repetirá la citología.
- En las mujeres sin atrofia se debe repetir la citología a los seis y a los doce meses o realizar colposcopia inmediata.

Si cualquiera de las dos citologías de seguimiento es ASCUS o mayor, se debe remitir a colposcopia. Si los resultados de las dos citologías de seguimiento son negativos, la mujer deberá regresar al programa de tamización de rutina. Si se cuenta con la prueba de ADN-VPV se recomienda realizarla (*nivel de evidencia II, grado de recomendación C*).

#### 4. MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta que un Modelo es el conjunto de elementos esenciales que logra representar a un aspecto de la realidad y se deriva de la vida práctica (17), se considera la descripción siguiente la base ideal del seguimiento del Programa de citología cervicouterina, partiendo del hecho de que no deben existir barreras de acceso para la atención:

- El intervalo para la toma de CCU: Esquema 1-1-3: Una citología el primer año, una segunda al año de la anterior y si ambas son negativas, la siguiente a los 3 años.
- Según el manual de CCU del Instituto Nacional de Salud, la usuaria debe recibir el resultado de citología cervicouterina a los 8 días de habersele tomado la muestra. Si el resultado de citología es positivo, la usuaria debe ser valorada por el médico general con el fin de ser remitida al especialista, asistir a consulta ginecológica, realizarse la colposcopia y o biopsia, recibir el diagnóstico e iniciar el tratamiento; lo anterior debe suceder en un tiempo no mayor a tres meses.

Algunos estudios han dejado en evidencia las barreras administrativas a las que se ven sometidas las mujeres que requieren atención o procedimientos especializados, como parte del tratamiento para las alteraciones citológicas. A esto se refiere Lazcano-Ponce, en su artículo sobre recomendaciones para el tamizaje de cáncer cervical, refiriéndose a la Detección Oportuna de Cáncer cervical DOC asociando al cáncer como una enfermedad de la pobreza que refleja un problema de equidad de género y de equidad regional, no solo en



cuanto a diferencias de desarrollo económico y social, sino en cuanto a la infraestructura física y de recursos humanos (18).

Se entiende por barreras administrativas, todas aquellas situaciones de las Aseguradoras, de las IPS, del programa, del personal operativo y las creencias culturales de las usuarias, que afectan la oportunidad en la atención, imponen barreras de acceso por costo, por entrega de resultado, por no afiliación, por desconocimiento o por temor. Varios análisis coinciden en afirmar que mejorar el acceso a los servicios de salud, disminuyendo las barreras administrativas para la atención de las mujeres con citologías anormales y crear estrategias de seguimiento, disminuye en mayor porcentaje la mortalidad por esta causa.

El INS señala que el ideal de un programa de Prevención de cáncer de cuello uterino es tener alta incidencia de cáncer in situ y baja o nula incidencia de cáncer invasivo (15). En el país, solo Cali muestra una tendencia paralela en estos estadíos, durante las décadas de los setenta y noventa.

Al respecto, la resolución 412 del 2000 del Ministerio de la Protección Social, señala que una vez realizado el diagnóstico definitivo de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes, es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, y donde la paciente, además de poder recibir el tratamiento quirúrgico adecuado, disponga de los recursos de radioterapia, quimioterapia, cuidados paliativos, terapia del dolor y rehabilitación. Todos ellos necesarios para la atención integral de las mujeres afectadas por cáncer del cuello uterino (15).

Algunos estudios han valorado el uso de métodos que aminoren la tramitología administrativa y la pérdida de las pacientes. Estas técnicas buscan diagnosticar y

tratar en una sola visita médica a las pacientes con citología y colposcopia alterada. Presentan ventajas como la disminución de los costos a las pacientes, ahorro de tiempo al personal de salud, disminuye la tramitología administrativa que ocasiona la pérdida de las usuarias para el seguimiento, ofrece satisfacción a las usuarias y disminuye el riesgo de histerectomías, pero representan al mismo tiempo algunos riesgos que deben ser considerados por las usuarias.

Actualmente para lograr la continuidad en la atención, una mujer con resultado de citología anormal debe seguir los siguientes pasos:

#### **4.1 PROCESO PARA LA ATENCIÓN DE AFILIADOS AL SGSSS. RÉGIMEN SUBSIDIADO:**

- Valoración por medicina general y remisión a especialista
- Autorización de la consulta especializada por parte de la EPS-S
- Atención por ginecólogo y orden de biopsia y colposcopia o cita de control
- Autorización de los procedimientos/ controles por parte de la EPS-S
- Realización de procedimientos / controles
- Entrega de resultados
- Establecimiento de intervenciones
- Autorización por parte de la EPS-S
- Ejecución de la o las actividades planeadas
- Establecimiento de controles periódicos previa autorización por EPS- S

#### **4.2 PROCESO PARA LA ATENCIÓN DE USUARIAS NO ASEGURADAS:**

- Valoración por medicina general y remisión a especialista

- Solicitud de consulta médica especializada en Institución de segundo nivel de complejidad
- Atención por ginecólogo y orden de biopsia y colposcopia o cita de control
- Solicitud de realización de procedimiento y realización del mismo en la ESE de segundo nivel de complejidad
- Entrega de resultados
- Establecimiento de intervenciones
- Ejecución de la o las actividades planeadas
- Establecimiento de controles periódicos previa autorización por EPS- S

El estudio tuvo en cuenta las variables asociadas a la historia natural de la enfermedad tales como edad, número de embarazos, nivel socioeconómico, estado civil, afiliación al sistema de seguridad social.

En lo relativo a la oportunidad de la atención, mediante realización del diagnóstico y del tratamiento de la lesión, las variables asociadas tienen origen en comportamientos de la paciente tales como temor, ignorancia de su problema, repetición de citologías o búsqueda de otra opinión.

Las variables asociadas a la entidad aseguradora en el Sistema de Seguridad Social se relacionan con la autorización de la orden para consulta especializada, autorización de procedimientos, y el lapso que se requiere para lograr el cumplimiento de estas autorizaciones.

El tercer elemento se relaciona con los prestadores de servicios de salud, sea ESE, IPS o ginecólogo especialista, caso en el cual pueden presentarse también demoras y obstáculos para que la paciente sea atendida oportunamente.

## 5. MARCO LEGAL

- La Constitución Política de Colombia de 1991, hace énfasis en el derecho fundamental a la vida y a la salud (art.48 y 49) (18).
- Decreto 3039 de 2007. Adopta el Plan Nacional de Salud Pública y delega la responsabilidad a las IPS de asumir las políticas normas técnico científicas, administrativas y financieras requeridas para cumplir con las metas planteadas por el PNSP y el SOGCS. Propone dentro de la política de Salud Sexual y Reproductiva, entre otras, reducir por debajo de 7 por cien mil mujeres, la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino (Línea de base: 9,4 por cien mil mujeres (19).
- Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. La cual plantea para el cuatrienio 2002 - 2006, alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos (20).

Fortalecimiento de la gestión institucional mediante las siguientes líneas de acción:

- Aprovechar otros momentos de contacto con las usuarias para brindar información sobre la importancia de la CCV y canalizarlas hacia la toma de la misma. En el caso de la población desplazada y en zonas de acceso

geográfico restringido o conflicto armado, la toma masiva de CCV deberá emplearse como el mecanismo más efectivo para la prevención de cáncer de cuello uterino en esta población.

- Promover mecanismos administrativos costo-efectivos y ágiles para garantizar la adquisición y existencia de los insumos necesarios para la toma y lectura de CCV en las IPS.
- Fortalecer la calidad de la CCV tanto en la toma como en la lectura, garantizando la formación inicial y en servicio del recurso humano que incorporen el desarrollo de competencias específicas relacionadas con el procedimiento.
- Garantizar la continuidad del proceso diagnóstico para la población asegurada y no asegurada mediante propuestas normativas basadas en criterios de costoefectividad.
- Implementar acciones de vigilancia y controlar la aplicación de las normas técnicas, promover la calidad de los procedimientos diagnósticos y verificar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en cada caso, así como imponer las sanciones a que haya lugar ante el incumplimiento de estas condiciones.
- Fortalecer el Sistema de Información en Salud desde las IPS como unidades generadoras primarias, así como mantener la notificación necesaria a los entes de vigilancia en salud pública, con el fin de analizar los indicadores de impacto y de proceso, retroalimentar a los

departamentos y localidades y proponer las directrices normativas consecuentes.

- Decreto 1011 de 2006. Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención en salud y lo define como conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y la calidad de la atención en salud (21).
  - Incluye que todo prestador de salud y todo servicio y producto que se ofrezca debe tener un control de calidad
  - Todo prestador debe cumplir con los requisitos básicos de infraestructura y procesos
  - La provisión de servicios debe hacerse de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo
  - El SOGCS debe cumplir con las siguientes características: oportunidad, accesibilidad, seguridad pertinencia y continuidad
- Decreto 2323 de 2006. Organiza la red nacional de laboratorios y reglamenta su gestión con el fin de garantizar su adecuado funcionamiento y operación en las líneas estratégicas para el laboratorio de vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación (22).

- Resolución 412 de 2000 del Ministerio del Protección Social. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y las 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 (23).
- Resolución. 1043 de 2006. Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- Todo servicio de citología debe contar con una infraestructura tecnológica, científica y administrativa adecuada que disminuya el riesgo de la usuaria. Los estándares técnico científicos que deben cumplir las entidades prestadores de servicios están orientados por la fiabilidad, esencialidad y sencillez (24).
- Acuerdo 008 de la CRES. Ministerio de Protección Social 2009.  
La cobertura de servicios incluye:

La colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico con coloraciones de rutina, para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino (25).

ARTÍCULO 11. *Niveles de complejidad de actividades, procedimientos e intervenciones incluidas en el POS.*

Para lograr los propósitos de aclaración del presente acuerdo, se adopta la definición por niveles de complejidad alta o de nivel 3, mediana o de nivel 2 y baja o de nivel 1, de las actividades, procedimientos e intervenciones en los casos descritos. Lo anterior, sin perjuicio de las normas de calidad y habilitación de servicios al interior de un prestador de servicios de salud, así como de la participación del profesional, del especialista, subespecialista con el respectivo personal de apoyo.

*ARTÍCULO 12. Condiciones de acceso a servicios especializados de salud.*

Para acceder a estos servicios es indispensable el tránsito o la remisión por medicina general, salvo atención de urgencias, sin perjuicio del cumplimiento del traslado institucional conforme las normas de calidad vigentes. Si el caso amerita interconsulta al especialista, el usuario debe continuar siendo atendido en el nivel básico, a menos que el profesional recomiende lo contrario en su respuesta. Cuando la persona ha sido diagnosticada y requiera periódicamente de servicios especializados podrá acceder directamente a ella sin hacer el tránsito por consulta general.

**PARÁGRAFO.** Las EPS facilitarán el acceso oportuno al servicio especializado a través del profesional básico, mediante los servicios de telemedicina conforme a los estándares de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud vigentes.

*ARTÍCULO 14. Cobertura de insumos, suministros y materiales.*

La inclusión en el POS y POS-S se limita a los descritos en el mismo; en consecuencia, conduce a la no inclusión o exclusión de los que no se describen en el listado respectivo, salvo expresión en contrario de acuerdo con lo definido en cada listado. En los casos de no existir listado, las EPS deben garantizar los



insumos, suministros y materiales, sin excepción, necesarios para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertos en el presente acuerdo, salvo excepción expresa para el procedimiento en el mismo acuerdo.

**ARTÍCULO 59.** *Cobertura de servicios de baja complejidad o nivel 1 del POS-S.*

La Cobertura de Servicios de primer nivel, son las prestaciones asistenciales o servicios en salud, que las EPS-S deben garantizar de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, en su defecto, con la mayor accesibilidad geográfica posible, mediante el diseño y organización de la red de prestación de servicios de salud. Estos servicios y su red de prestación deben hacer parte de la carta de derechos de los afiliados y de todas maneras deberán ser informados a los mismos, dando cumplimiento a la normatividad vigente sobre la materia.

### **5.1 INCLUSIÓN DE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA POS RÉGIMEN SUBSIDIADO**

Se incluye la biopsia de cuello uterino mediante código 671200 en el POS-S para menores de 18 años en cualquier circunstancia y para mayores de 18 años, si hay pertinencia o diagnóstico de cáncer o complicaciones.

La cobertura de servicios incluye la colposcopia con biopsia y estudio anatomopatológico para la detección precoz del Cáncer Cervicouterino. En los otros casos o eventos que requieren atención especializada (niveles II y III de complejidad y casos de alto costo) si están descritos en el Acuerdo 306 y en los demás Acuerdos que lo adicionan y complementan, si hay pertinencia medica. Ejemplo: casos de cáncer.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 OBJETIVO GENERAL**

Establecer las barreras administrativas de acceso de las pacientes atendidas en una ESE de Palmira y que presentan lesiones cervicales de bajo y alto grado de acuerdo con el reporte citológico. 2010.

### **6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar las características sociodemográficas de las usuarias con alteración en el resultado de la citología.
- Identificar la oportunidad de la atención de las usuarias con resultados de citologías alteradas en el año 2010.
- Establecer las causas de no acceso al diagnóstico y tratamiento en la mujer con alteración en el reporte de la citología.

## 7. METODOLOGIA

### 7.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal, en el que se aplicó una encuesta para establecer las barreras administrativas identificadas por las mujeres con citologías anormales, en la ESE de primer nivel de complejidad Palmira 2010.

La encuesta fue diseñada por la autora y tuvo como base su experiencia en el Programa; su aplicación estuvo precedida por una prueba piloto con 10 pacientes atendidas en el año 2011, (Ver Anexo 1) incluye:

- ❖ Las características sociodemográficas de las pacientes que recibieron citologías alteradas en la ESE de Palmira.
- ❖ Las intervenciones que les han realizado a las usuarias en el nivel 2 o 3 de atención y los resultados obtenidos.
- ❖ La oportunidad de la atención para la realización de actividades o procedimientos.
- ❖ Las barreras administrativas percibidas por las pacientes respecto de la atención en las EPS, las IPS y de ellas mismas. (Tiempos de espera, negación de servicios, condiciones y situaciones personales de la usuaria).

## **7.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

Como población de estudio se definió a las mujeres incluidas en el registro de Reporte de citologías Cervicouterinas que el laboratorio de patología envía a la ESE y cuyos resultados fueron ASCUS, VPH, NICI, NICII, NICIII, carcinoma in situ o invasivo ó con ACG, durante el año 2010.

Se identificaron 158 mujeres que en el año 2010 recibieron resultados de citología cervicouterina anormal y que por lo tanto ameritaban ser remitidas a especialista o nivel 2 de atención.

## **7.3 ÁREA DE ESTUDIO**

El municipio de Palmira se encuentra ubicado en la región sur del Departamento del Valle. Cuenta con una población de 283.431 habitantes. Es el segundo municipio más grande en población y el tercero en extensión a nivel del Valle y su actividad económica se centra principalmente en la agricultura, la ganadería, el comercio entre otros (26).

Cuenta con varias instituciones de salud pública y privada, entre las que se encuentran 2 hospitales de la red pública de nivel 1 y 2, que atienden la demanda en salud de la población palmirana.

La ESE donde se realizó el estudio es una entidad pública, descentralizada, con personería jurídica y autonomía administrativa, que fue creada mediante el Acuerdo del Concejo Municipal de Palmira No 136 de 1995. (27), con cobertura tanto en el área urbana como rural, de primer nivel de atención.

#### **7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyeron en el estudio todas las mujeres con citologías anormales reportadas por el laboratorio de patología en el año 2010 y que fueron remitidas a otros niveles de complejidad para realización de colposcopia y biopsia durante el mismo año.

#### **7.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron del estudio todas las mujeres con citologías Cervicouterinas negativas, que no requirieron ser remitidas a otros niveles de complejidad para definir diagnóstico o tratamiento y las menores de 18 años.

#### **7.6 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Con base en la información existente sobre las pacientes atendidas en la ESE, la investigadora realizó llamadas telefónicas con el fin de concertar un encuentro con la paciente y lograr la aplicación de la encuesta. La aplicación del instrumento fue hecho por la misma investigadora.

#### **7.7 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.**

- Lista de búsqueda de las pacientes extraída de la copia de resultado de citología, la cual contenía datos de ubicación.
  
- Aplicación de encuesta a las pacientes y de forma individual.

- Registro de la información en base de datos de Excel para su posterior análisis.
- La información fue tabulada en dos tiempos diferentes por la misma persona para disminuir el número de errores.

## **7.8 PLAN DE ANALISIS**

Los pasos seguidos en el plan de análisis fueron:

- a. Registro de la información en Excell.
- b. Control de calidad de los datos mediante doble digitación y posterior corrección de inconsistencias.
- c. Análisis exploratorio por variable mediante listado de frecuencias de ellas. Se determinaron variables sin respuesta o con respuesta única.
- d. Se seleccionaron las variables relacionadas con los objetivos y se hicieron análisis bivariados buscando correlaciones entre ellas.

Las variables que se analizaron en este estudio son de carácter cuantitativo e incluyeron distintas variables como: sociodemográficas, variables que evaluaron la oportunidad de la atención de la mujer con alteración citológica, la información dada a las usuarias, las barreras que obstaculizan la atención y el costo de la atención y procedimientos que han tenido que asumir las usuarias para acceder a los servicios.

A las variables estudiadas se les hizo un análisis exploratorio de tipo descriptivo para identificar su distribución de frecuencias.

Posteriormente, se hizo un análisis bivariado para establecer el grado de correlación entre las variables estudiadas y determinar la asociación con la variable resultado, utilizando el programa Epi-info.

### **7.8.1 ANÁLISIS UNIVARIABLE**

Para las variables cuantitativas edad, antecedentes obstétricos, número de veces de realización de la citología en el 2010, tiempo que tardó para realizar una nueva citología en el 2010, autorización y atención oportuna por parte de la EPSS e IPS en procedimientos y consulta especialista.

Se organizaron tablas resumen de las variables que recogieron las principales estadísticas descriptivas.

Una vez realizados los análisis se procedió a realizar un cruce de variables con el fin de observar las relaciones de frecuencia de cada una de las variables categóricas y el cálculo de las proporciones y los promedios o medianas para las variables cuantitativas en la fase descriptiva.

### **7.8.2 ANÁLISIS BIVARIABLE**

Para realizar el análisis bivariable cuantitativo de evento y exposición se aplicó la prueba estadística chi 2 mediante el programa Stat Calc de Epi-info. Se tomó como diferencia significativa un valor de P inferior a 0,05.

## 7.9 VARIABLES

**Cuadro 3. MATRÍZ DE VARIABLES MUJERES CON ALTERACIONES CERVICALES**

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	VALORES POSIBLES	METODO
Edad	Edad de la paciente en años cumplidos	Cuantitativa razón	14 ... 69 años	Encuesta/ Copia de citología
Escolaridad	Número de años de escolaridad de la paciente	Catagórica ordinal	- Ninguna - Primaria - Secundaria - Técnico - Superior - No sabe - No responde	Encuesta
Ocupación	Actividad principal de la paciente en el último año	Catagórica nominal	- Trabaja - Estudia - Busca trabajo - Oficios del hogar - Otro, cuál - No responde	Encuesta
Estado civil	Estado civil de la paciente	Catagórica nominal	- Soltera - Casada - Unión libre - Separada - Viuda - No responde	Encuesta
Tipo de aseguramiento / EPS	Entidad de salud a la que estuvo vinculada la paciente en el año 2010	Catagórica nominal	- Emsanar - Caprecom - Selvasalud - PPNA - Desplazada - Particular - Régimen contributivo - Otro - No responde	Encuesta
Antecedentes obstétricos	Número de embarazos Número de partos vaginales. Número de cesáreas Número de abortos.	Cuantitativa discreta	- Gravidez 0 a10 - Partos 0 -10 - Cesáreas 0 -10 - Abortos 0 -10	Encuesta
Actitud que toma al recibir el resultado	Comportamiento al recibo del resultado	Catagórica nominal	- Asistió a consulta médica - Tuvo temor de asistir y lo dejó para después - Nadie le explicó el resultado, por lo tanto no le dio	Encuesta



			<ul style="list-style-type: none"> <li>importancia y no asistió</li> <li>-Se tomó una citología en un lugar diferente</li> <li>- Otra</li> <li>- No responde</li> </ul>	
Tiempo de espera para valoración por médico general	Oportunidad de la consulta médica	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor a 3 días</li> <li>- De 4 a 30 días</li> <li>- De 31 a 90 días</li> <li>- De 91 a 180 días</li> <li>- De 181 a 365 días</li> <li>- Mas de un año</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
IPS del médico que atendió	Identificación de la IPS del médico	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De su IPS</li> <li>- De otra IPS</li> <li>- Particular</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Conocimiento del resultado de CCU	Identificación del resultado obtenido en la citología	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal</li> <li>- ASCUS</li> <li>- ASC-H</li> <li>- VPH</li> <li>- NICI</li> <li>- NICII</li> <li>- NICIII</li> <li>- Ca in situ</li> <li>- Ca invasor</li> <li>- No sabe</li> <li>- No responde</li> <li>- Otro</li> <li>- No aplica</li> </ul>	Encuesta
Remisión a ginecólogo	Referencia a nivel superior	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No sabe</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Tiempo que tarda la EPS para autorizar la consulta con el ginecólogo	Oportunidad de la autorización para consulta especializada	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor a 3 días</li> <li>- De 4 a 30 días</li> <li>- De 31 a 90 días</li> <li>- De 91 a 180 días</li> <li>- De 181 a 365 días</li> <li>- Mas de un año</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Razón de la demora	Razones que interpreta la usuaria para justificar la demora para la autorización a consulta especializada	Catagórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trámite administrativo en EPS</li> <li>- Trámites administrativo en IPS</li> <li>- Recurso humano</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Disponibilidad de tiempo</li> <li>- Personales</li> <li>- No hubo demora</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta

Tiempo de espera para la atención por especialista	Oportunidad de la atención por especialista	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor a 3 días</li> <li>- De 4 a 30 días</li> <li>- De 31 a 90 días</li> <li>- De 91 a 180 días</li> <li>- De 181 a 365 días</li> <li>- Mas de un año</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Causa de la demora para la atención por especialista	Razones que interpreta la usuaria para justificar la demora en la atención por especialista	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trámites administrativos en su EPS</li> <li>- Trámites administrativo en la IPS</li> <li>- Recurso humano</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Disponibilidad de tiempo</li> <li>- Personales</li> <li>- No hubo demora</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
IPS del especialista que atendió	Identificación de la IPS del especialista	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El que la EPS asignó</li> <li>- Particular</li> <li>- Otro</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
El especialista ordena procedimientos	Ordenamiento de procedimientos	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Tiempo que tarda la EPS en autorizar la realización de procedimientos	Oportunidad de la autorización de procedimientos por la EPS	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor a 3 días</li> <li>- De 4 a 30 días</li> <li>- De 31 a 90 días</li> <li>- De 91 a 180 días</li> <li>- De 181 a 365 días</li> <li>- Mas de un año</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Causa de la demora	Razones que interpreta la usuaria para justificar la demora en la autorización de procedimientos	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trámites administrativos en su EPS</li> <li>- Trámites administrativo en IPS</li> <li>- Recurso humano</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Disponibilidad de tiempo</li> <li>- Personales</li> <li>- No hubo demora</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Realización del procedimiento	Ejecución del procedimiento ordenado por el ginecólogo	Categórica Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sí</li> <li>- No</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Tiempo que tarda	Oportunidad en la realización del procedimiento	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor a 3 días</li> <li>- De 4 a 30 días</li> </ul>	Encuesta

la IPS para realizar el procedimiento			<ul style="list-style-type: none"> <li>- De 31 a 90 días</li> <li>- De 91 a 180 días</li> <li>- De 181 a 365 días</li> <li>- Mas de un año</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	
Causa de la demora en la realización del procedimiento	Razones que interpreta la usuaria para justificar la demora o no realización de procedimientos	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trámites administrativos en su EPS</li> <li>- Trámites administrativo en IPS</li> <li>- Recurso humano</li> <li>- Situación económica</li> <li>- Disponibilidad de tiempo</li> <li>- Personales</li> <li>- No hubo demora</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Recibió información sobre su situación de salud	Percepción de la usuaria de la información recibida	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suficiente</li> <li>- Insuficiente</li> <li>- No recibió Información</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Qué profesional brinda información	Profesional que brinda mayor educación	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médico</li> <li>- Enfermera</li> <li>- Ginecólogo</li> <li>- Ninguno</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> <li>- Otro</li> </ul>	Encuesta
Costo asumido por la usuaria	Valor en pesos asumido por la paciente para dar continuidad a la atención o tratamiento de cáncer de cuello uterino	Cuantitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor de \$10.000</li> <li>- \$10.000 – \$50.000</li> <li>- \$51.000 – \$100.000</li> <li>- \$101.000 –\$200.000</li> <li>- Mayor de \$200.000</li> <li>- Ninguno</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Tiene procedimientos relacionados con el diagnóstico	Evaluación de la continuidad en el proceso de atención	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
Descripción de los procedimiento o actividades que tiene pendiente	Evaluación del avance en el proceso y oportunidad de la atención	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colposcopia</li> <li>- Biopsia</li> <li>- Conización</li> <li>- Crioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Histerectomía</li> <li>- Citología de control</li> <li>- Cita con especialista</li> <li>- Otra</li> <li>- No responde</li> <li>- No aplica</li> </ul>	Encuesta

Ha tenido dificultad con los trámites de los procedimientos	Barreras referidas por las usuarias	Categórica nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> <li>- No aplica</li> <li>- No responde</li> </ul>	Encuesta
---	-------------------------------------	--------------------	--	----------

## 8. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación se realizó bajo los principios éticos establecidos en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (28).

Se garantizó ante todo el respeto a la dignidad de los participantes del estudio, y su privacidad, identificándolos solo si ellos autorizaban y con objetivos altruistas: mediación ante las EPSS con el fin de acelerar los trámites para la atención oportuna (en el caso de las pacientes).

Las pacientes se reclutaron mediante llamada telefónica realizada por la investigadora, quien les proporcionó información básica sobre el estudio y se brindó explicación sobre el objetivo del estudio: conocer las posibles barreras y/o dificultades que han tenido o tuvieron en el proceso de atención posterior a la entrega del resultado de la citología. Se les solicitó permiso para la realización del estudio y se concertó una cita para la realización de la visita domiciliaria y el diligenciamiento del formato de encuesta.

A cada participante se le asignó un código para garantizar la confidencialidad; de tal forma que su identidad fue manipulada y guardada únicamente por la investigadora.

En relación con el Consentimiento Informado, para garantizar la participación voluntaria y libre de los participantes en la realización del estudio, la investigadora hizo lectura textual, explicó o aclaró las dudas de los participantes y diligenció el documento y una vez firmado por el participante con su documento de identidad, y

en la presencia de un testigo quien lo hizo también con su número de identificación, entregó una copia del documento al participante y el original se llevó al archivo de la investigadora como evidencia de la reserva.

Teniendo en cuenta que no se realizó ninguna intervención sobre el sujeto de estudio de tipo biológico, física o psicológica, que amenace su integridad, y que el estudio se enfocó solo a desarrollar el cuestionario para dar respuesta a los objetivos señalados, se considera sin riesgo tanto para las pacientes como para los funcionarios de las EPS-S y SSM que participen en el estudio.

No existe conflicto de interés en la realización del estudio; al contrario, los resultados derivados del estudio serán publicados en documentos de tipo académico, con el ánimo de que las barreras encontradas sean intervenidas y las usuarias del programa de CCU, reciban atención oportuna y adecuada.

Previo al estudio, se presentó el proyecto ante el Comité de Ética Humana de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, el cual lo aprobó mediante Acta 172-011.

## 9. RESULTADOS

### 9.1 ANALISIS UNIVARIADO

Según los registros de la ESE donde se realizó el estudio, 158 mujeres tuvieron alteraciones en el resultado de la citología vaginal tomadas en el año 2010. En el cuadro 1 se presentan los resultados de la búsqueda de las pacientes.

#### **Cuadro 4. CAUSAS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE PACIENTES EN EL ESTUDIO**

CAUSAS DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN	N	%
Encuestadas	64	41
No localizadas en su residencia	18	11.5
Cambio de residencia	17	9.6
Fallecidas	3	1.9
No localizables	56	35.8
Totales	158	100

Se analizaron las respuestas de 54(34.6%) pacientes debido a que del total de pacientes encuestadas (64), se excluyeron 10 de los análisis porque no continuaron el proceso de atención en la ESE donde se hizo el estudio. De ellas, 1 paciente no fue remitida por el médico general, 3 buscaron atención particular, 1 manifestó no seguir el proceso por temor, 1 dijo no tener dinero, 2 habían sido diagnosticadas en 2009, 1 viajó a otro departamento y 1 no había reclamado el resultado de la citología en el momento de la entrevista.

**Cuadro 5. Distribución por edad de las pacientes entrevistadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
EDAD	21 -35	14	25.9
	36 - 50	30	55.6
	51 - 64	10	18.5
	Total	54	100

Se observa que la mayoría de las pacientes encuestadas están en el grupo de edad 36 a 50 años. Esta agrupación de la edad está relacionada con la literatura de la historia natural de la enfermedad, que ha mostrado mayor prevalencia de casos en mujeres mayores de 30 años

**Cuadro 6. Escolaridad de las pacientes entrevistadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
ESCOLARIDAD	Ninguna	2	3.7
	Primaria	14	25.9
	Secundaria	35	64.8
	Técnico	3	5.6
	Total	54	100

El 64,8 % de mujeres encuestadas iniciaron o terminaron la educación secundaria, seguidas de un 26% que alcanzaron la primaria.

**Cuadro 7. Ocupación de las pacientes entrevistadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
OCUPACION	Trabajan	21	38.9
	Estudian	1	1.9
	Buscan trabajo	2	3.7
	Oficios del hogar	26	48.1



	Otro	4	7.4
	Total	54	100

El 48 % de las mujeres realizan labores de hogar, mientras el 39% trabajan en diversas labores como empleadas de servicio doméstico o en oficios varios.

### Cuadro 8. Estado civil de las mujeres entrevistadas

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
ESTADO CIVIL	Soltera	13	24.1
	Casada	11	20.4
	Unión libre	21	38.9
	Separada	8	14.8
	Viuda	1	1.9
	Total	54	100

El 59.3 % de las mujeres entrevistadas tienen una unión estable ya sea como casadas o en unión libre; seguidas de un 24% que se encuentran solteras y un 14.8 % que están separadas.

### Cuadro: 9. EPS a la que pertenecen las mujeres entrevistadas

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
EPS	Emsanar	22	40.7
	Caprecom	15	27.8
	Selvasalud	11	20.4
	PPNA	1	1.9
	Reg. Contributivo	5	9.3
	Total	54	100

El 88.8 % de las pacientes tienen afiliación al régimen subsidiado y entre las EPS-S, el mayor porcentaje (40.7 %), pertenecen a Emsanar, seguidas de un 27.8 % de Caprecom y un 20,4 % de Selvasalud.

**Cuadro 10. Antecedentes obstétricos de las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
GRAVIDEZ	G 0	3	5.6
	G 1 – 2	25	46.2
	G 3 – 8	26	48.1
	Total	54	100

La proporción de pacientes con 1 o 2 embarazos es similar a la proporción de quienes referían 3 o más.

**Cuadro 11. Tiempo que tardó la usuaria para asistir a consulta médica general**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
CUANTO TIEMPO TARDO PARA IR AL MEDICO	Menor a 3 días	41	75.9
	De 4 á 30 días	10	18.5
	De 31días á 90 días	2	3.7
	De 181 días á 365 días	1	1.9
	Total	54	100

La proporción de mujeres que asistió a consulta médica general en menos de tres días, después de recibir el resultado de la citología, fue de 75%; el resto de mujeres tardó de 4 a 365 días.

**Cuadro 12. De dónde era el médico general que la atendió**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
DE DONDE ERA EL MEDICO QUE LA ATENDIO	De la IPS	52	96.3
	Particular	1	1.9
	No aplica	1	1.9
	Total	54	100

Una paciente refirió atención por médico general particular; las demás dijeron haber sido atendidas por el médico general que la IPS le asignó y remitidas al ginecólogo.

**Cuadro 13. Tiempo de espera para la autorización de la consulta con el ginecólogo por parte de la EPS**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DE LA CONSULTA CON ESPECIALISTA POR LA EPS	Menor a tres días	35	64,8
	De 4 días a 30 días	14	25,9
	De 91 días á 180 días	2	3,7
	No la hizo autorizar	2	3,7
	No responde	1	1,9
	Total	54	100

El 64.8 % de mujeres lograron la autorización de la EPS para la consulta con el ginecólogo, en menos de tres días; el restante, lo lograron en un tiempo entre 4 a180 días.

**Cuadro 14. Barreras de atención para la autorización de la consulta con especialista (Ginecólogo)**

BARRERAS DE ATENCION PARA LA AUTORIZACION DE LA CONSULTA CON ESPECIALISTA (GINECOLOGO)			
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	FRECUENCIA	%
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA EPS	Tiempos largos de espera para la autorización	7	12,3
	Le negaron el servicio	2	3,5
	Había que madrugar mucho	1	1,8
	Mucha tramitología	1	1,8
	Otra: Cambio de EPS	1	1,8
NO RESPONDE		1	1,8
PERSONALES	Otras (Pago particular)	1	1,8
NO HUBO DEMORA		41	71,9
NO APLICA		2	3,5
Total respuestas		57	100

Al preguntar a las 54 usuarias por las barreras para la autorización de atención por especialista, se consolidaron 57 respuestas ya que algunas participantes dieron más de una respuesta. Un porcentaje alto (71.9) % de las mujeres, refirieron no haber percibido demora en la atención; sin embargo, un 12.3% centraron la causa de la demora en trámites administrativos como tiempos largo de espera para la autorización de la consulta por parte de la EPS-S.

**Cuadro 15. Tiempo que tardó para ser valorada por el ginecólogo después de la autorización de la EPS-S la población encuestada**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
TIEMPO QUE TARDO PARA SER VALORADA POR EL GINECOLOGO	Menos de 3 días	1	1,9
	De 4 días a 30 días	39	72,2
	De 31 días a 90 días	12	22,2
	De 91 días a 180 días	1	1,9
	No aplica	1	1,9
	Total	54	100

Un porcentaje alto de mujeres 72.2 % manifestó que la atención en el nivel 2 se realizó entre los 4 y 30 días; y un 22.2% expresó que hubo un promedio de espera entre 31 a 90 días.

**Cuadro 16. Barreras de atención de las mujeres encuestadas para la valoración por el ginecólogo**

BARRERAS DE ATENCION PARA LA VALORACION POR GINECOLOGO			
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	FRECUENCIA	%
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA	Demora en la asignación de la cita en la IPS	117	72,6
	Cobros adicionales	8	5,0

IPS	Tramitología	8	5,0
	Negación del servicio	2	1,2
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN EPS	Tiempos largos de espera para la autorización por parte de la EPS	2	1,2
RECURSO HUMANO	No había especialista disponible en la IPS	8	5,0
	No dieron explicación y dijeron que volviera después	4	2,5
SITUACION ECONOMICA	No tenía dinero para el transporte	1	0,6
	No tenía dinero para pagar los cobros de la IPS	1	0,6
	No tenía dinero para pagar los cobros de la EPS	1	0,6
	No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista o procedimientos	2	1,2
DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	Estaba ocupada con las labores de la casa	1	0,6
	Por temor a perder el empleo no sacó tiempo	1	0,6
PERSONALES	No le explicaron la situación de salud y no sabía qué debía hacer	1	0,6
NO HUBO DEMORA		3	1,9
NO RESPONDE		1	0,6
Total		161	100

A la pregunta cuánto tiempo tardó para ser valorada por el ginecólogo después de la autorización por la EPS se obtuvieron 161 respuestas de las 54 pacientes, debido a que las usuarias indicaron varias respuestas a la vez. El 80.8 % (135 respuestas) corresponden a aspectos administrativos en la IPS de atención de los cuales el 72.6% (117) se debió a situaciones como demora en las asignación de la cita.

**Cuadro 17. De dónde eran los especialistas asignados para la atención de las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
EL GINECOLOGO QUE LA ATENDIO ES	El que la EPS le asignó	53	98,1
	Particular	1	1,9
	Total	54	100

Los ginecólogos que atendieron a la población objeto pertenecían a la EPS-S

asignada.

**Cuadro 18. El ginecólogo le solicitó gestionar en la EPS-S algún procedimiento a las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
ORDEN DE GESTIONAR CON LA EPS ALGUN PROCEDIMIENTO	Sí	52	96,3
	No	2	3,7
		54	100

El ginecólogo le solicitó casi a la totalidad de las mujeres encuestadas, gestionar algún procedimiento en su EPS como colposcopia más biopsia.

**Cuadro 19. Tiempo de espera para la autorización del procedimiento de la población encuestada**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DEL PROCEDIMIENTO	Menor a 3 días	33	61,1
	De 4 á 30 días	14	25,9
	De 31 días á 90 días	2	3,7
	De 181 días á 365 días	1	1,9
	No aplica	4	7,4
	Total	54	100

El 61,1 % de las mujeres informó que la EPS-S le autorizó el procedimiento en menos de tres días. Y un 26 % de mujeres manifestaron que tuvieron que esperar entre 4 a 30 días.

**Cuadro 20. Barreras de atención percibidas por las mujeres encuestadas para la autorización del procedimiento**

<b>BARRERAS PARA LA AUTORIZACION DEL PROCEDIMIENTO</b>			
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA EPS	Negación del servicio	2	3,1
	Largas filas de espera	1	1,6
	Tiempos largos de espera para la asignación de la cita	9	14,1
	Tramitología	2	3,1
	Otro	2	3,1
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA IPS	Negación del servicio	1	1,6
	Largas filas de espera	1	1,6
	Tiempos largos de espera para la asignación de la cita	2	3,1
	Cobros adicionales	2	3,1
	Había que madrugar mucho	2	3,1
RECURSO HUMANO	No había especialista disponible en la IPS	2	3,1
	No dieron explicación y dijeron que volviera después	1	1,6
NO HUBO DEMORA		35	54,7
NO APLICA		2	3,1
Total		64	100

Se obtuvieron 64 respuestas al evaluar las barreras durante la autorización del procedimiento de las 54 mujeres encuestadas. El 54.7% (35 respuestas), indicaron que no hubo demora mientras que un 25 % manifestaron que la causa se debió a trámites administrativos en la EPS-S.

**Cuadro 21. Realización del procedimiento de las pacientes encuestadas, a la fecha de la encuesta**

<b>VARIABLE</b>	<b>INTERVALO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
YA LE REALIZARON EL PROCEDIMIENTO	Sí	49	90,7
	No	3	5,6
	No aplica	2	3,7
	Total	54	100

Casi la totalidad de mujeres aseguraron que ya se habían realizado la colposcopia y biopsia al momento de la encuesta.

**Cuadro 22. Tiempo de espera para la realización del procedimiento de las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
TIEMPO DE ESPERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO	Menor a 3 días	4	7,4
	De 4 á 30 días	33	61,1
	De 31 á 90 días	10	18,5
	De 91 á 180 días	1	1,9
	De 181 días 365 días	1	1,9
	No se lo realizó	3	5,6
	No aplica	2	3,7
	Total	54	100

El 61.1 % de las mujeres que participaron del estudio, informaron que debieron esperar entre 4 á 30 días para la realización del procedimiento, seguidas de un grupo (18.5 %) que debieron esperar entre 31 a 90 días.

**Cuadro 23. Barreras administrativas para la realización del procedimiento, percibidas por las mujeres encuestadas**

BARRERAS PARA LA REALIZACION DEL PRCEDIMIENTO			
VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	FFRECUENCIA	%
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN EPS	Tiempos largos de espera para la asignación de la cita	1	1,0
TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA IPS	Dificultades para la consecución de la cita	55	57,3
	Cobros adicionales	5	5,2
	Tramitología	3	3,1
	Otro (El equipo estaba dañado)	1	1,0
RECURSO HUMANO	No había especialista disponible en la IPS	8	8,3
	No dieron explicación y dijeron que volviera después	2	2,1



	Otro	1	1,0
SITUACION ECONOMICA	No tenía dinero para pagar el procedimiento	1	1,0
DISPONIBILIDAD DE TIEMPO	Estaba muy ocupada con las labores de la casa	1	0,9
	No sacó tiempo por temor a perder el empleo	2	2,1
PERSONALES	Le dio pereza	1	1,0
	No le explicaron la situación y no le dió importancia	2	2,1
NO HUBO DEMORA		11	11,5
NO APLICA		2	2,1
Total		96	100

Se recogieron 96 respuestas de 54 usuarias que identificaron barreras en la realización del procedimiento. El 66,6 % (64 respuestas) enfatizaron que la causa de la demora se debió a trámites administrativos en la IPS.

#### **Cuadro 24. Información que recibieron las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
COMO EVALUA LA INFORMACION QUE RECIBIO	Suficiente	23	42,6
	Insuficiente	23	42,6
	No recibió información	7	13,0
	No responde	1	1,9
	Total	54	100

Al valorar la información que recibieron las usuarias durante todo el proceso de atención, se encontró que el número de mujeres que calificaron la información como suficiente fue igual al número que calificaron como insuficiente. El 13 % manifiestan que no recibieron información.

#### **Cuadro 25. Profesional que brindó mayor información a las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
DE QUIEN RECIBIO	Médico	4	6,9

INFORMACION	Enfermera	7	12,1
	Ginecólogo	36	62,1
	Ninguno	10	17,2
	No aplica	1	1,7
	Total	58	100

El ginecólogo es la persona que más información brindó a las usuarias; sin embargo, un porcentaje considerable respondió que no recibió información de ningún profesional.

#### **Cuadro 26. Costo promedio asumido por las usuarias encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
COSTO PROMEDIO ASUMIDO POR LA PACIENTE	Ninguno	21	38,9
	De \$ 10.000 á \$ 50.000	14	25,9
	De \$ 51.000 á \$ 100.000	11	20,4
	Mayor de \$ 101.000	5	9,3
	No aplica	3	5,5
	Total	54	100

El 38.9 % de las usuarias no efectuó ningún pago. El 25.9% refirió que realizó pagos entre \$10.000 á \$50.000. y el 20.4 % realizó pagos entre \$51.000 a \$100.000, cuando la norma establece copago a partir de la clasificación del nivel dos del SISBEN

#### **Cuadro 27. A la fecha de la encuesta las usuarias tienen procedimientos pendientes**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
PROCEDIMIENTOS PENDIENTES	Sí	41	75,9
	No	12	22,2
	No responde	1	1,9
	Total	54	100

La mayoría de las usuarias encuestadas afirmaron tener procedimientos pendientes.

**Cuadro 28. Procedimientos pendientes al momento de la encuesta de las mujeres evaluadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
PROCEDIMIENTOS PENDIENTES	Citología de control	23	35,4
	Cita con especialista	17	26,2
	Otras: Colposcopia + biopsia, crioterapia, histerectomía etc	14	21,5
	Ninguno	3	4,6
	No responde	1	1,5
	No aplica	7	10,8
	Total	65	100

Al interrogar por los procedimientos que aún tienen pendientes, las 54 usuarias indicaron 64 respuestas, ya que algunas manifestaron tener a la vez varios procedimientos por realizar. El 35.4 % de las mujeres aun continúan en control y por eso manifestaron tener pendiente citología de control; el 26 % tiene pendiente cita con especialista. El 21.5 % manifestaron tener pendiente procedimientos como crioterapia, colposcopia mas biopsia, histerectomía y colposcopia.

**Cuadro 29. Dificultades presentadas para la realización de los procedimientos de las mujeres encuestadas**

VARIABLE	INTERVALO	FRECUENCIA	%
DIFICULTADES EN EL TRAMITE	Si	14	25,9
	No	27	50,0
	No aplica	12	22,2
	No responde	1	1,9
		54	100

La mitad de la población encuestada manifestó no haber tenido dificultades en la realización de procedimientos pendientes, mientras que una cuarta parte expresaron lo contrario.

### 9.3 ANALISIS BIVARIADO

**Cuadro 30. Evaluación del tiempo que tardaron las mujeres encuestadas para asistir a consulta médica según EPS**

<b>% DE MUJERES QUE ASISTIERON A CONSULTA MEDICA EN MENOS DE 3 DIAS</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
FREC	17	12	7	5
%	77.2	80	63.6	83,3
<b>% DE MUJERES QUE ASISTIERON A CONSULTA MEDICA ENTRE 4 A 31 DÍAS</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTRO S</b>
FREC	5	1	4	1
%	22,7	6.7	36.4	16,6

El 80% de las mujeres afiliadas a Caprecom asistieron a consulta antes de 3 días, el 63,6% de Emsanar y 7 de 11 de Selvasalud. Dos pacientes de Caprecom tuvieron la consulta después de 31 días.

**Cuadro 31. Tiempo de espera para la atención por especialista según EPS**

<b>TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DE LA ATENCION POR ESPECIALISTA MENOR A 3 DIAS</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
FREC	16	10	7	2
%	80	71,4	70	37
<b>TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DE LA ATENCION POR ESPECIALISTA DE 4 DIAS A 30 DIAS</b>				

	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	4	4	3	3
%	20	28,6	30	56

En las tres EPSS las pacientes deben esperar menos de tres días para la autorización de la atención por el especialista. Una (1) paciente de Emsanar y 1 de Otros, refirió más de 91 días. En cada una de las tres EPS-S, 1 paciente no asistió a solicitar la autorización.

**Cuadro 32. Barreras de atención para la autorización de la consulta con especialista percibidas por las usuarias según EPS**

BARRERAS DE ATENCION PARA LA AUTORIZACION DE LA CONSULTA CON ESPECIALISTA PERCIBIDAS POR LAS USUARIAS: NO HUBO DEMORA				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	19	11	8	3
%	86,4	73,3	72,7	50

Más de las dos terceras partes de las pacientes de las tres EPS-S consideran que no hubo demora al solicitar la atención de la consulta por especialista.

**Cuadro 33. Tiempo de espera para la valoración por especialista según EPS**

TIEMPO DE ESPERA PARA LA VALORACION POR ESPECIALISTA DE 4 A 30 DIAS				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	12	12	10	5
%	54.5	80	90	100
TIEMPO DE ESPERA PARA LA VALORACION POR ESPECIALISTA DE 31 A 90 DIAS				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	8	3	1	0
%	36.4	20	9	0

En las tres EPSS el tiempo de atención por especialista fue entre 4 a 30 días en la mayoría de las pacientes. Una paciente de Emsanar esperó más de 91 días.

**Cuadro 34. Barreras de atención para la consulta con especialista según EPS**

<b>BARRERAS DE ATENCION PARA LA CONSULTA CON ESPECIALISTA CENTRADAS EN TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA IPS DE ATENCION</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>CONTRIBUTIVO</b>
FREC	42	47	31	12
%	77,7	95,9	93,9	85,7

<b>BARRERAS DE ATENCION ANALIZADAS SEGÚN EPS CAUSA DE LA DEMORA PARA LA ATENCIÓN POR EL ESPECIALISTA</b>									
	EMSANAR	%	CAPRECOM	%	SELVASALUD	%	PPNA	CONTRIBUTIVO	%
18.1 Tiempos largos de espera para la autorización de la EPS-S	0	0	1	2,0	1	3,0	0	0	0
18.2b Dificultades para la consecución de la cita	39	72,2	38	77,6	26	78,7	3	10	71,4
18.2a Cobros adicionales	2	3,7	3	6,1	2	6,1	0	1	7,1
18.2d Negación del servicio	1	1,9	0	0	1	3,0	0	0	0
18.2f Tramitología	0	0	5	10,2	1	3,0	1	1	7,1
18.3a No había especialista disponible en la IPS de atención	5	9,3	1	2,0	1	3,0	1	0	0
18.3b No dieron explicación y en la IPS le dijeron que volviera después a solicitarla	1	1,9	1	2,0	0	0	1	1	7,1
18.4a No tenía dinero para el transporte	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18.4.b No tenía dinero para pagar los cobros que me hicieron en la EPS	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18.4c No tenía dinero para pagar los cobros que le hicieron en la IPS que le asignaron la atención	0	0	0	0	0	0	1	0	0
18.4 d No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista y o los procedimientos que le solicitaron	0	0	0	0	1	3,0	1	0	0

18.5 a Estaba muy ocupada con las labores de la casa y de los hijos	1	1,9	0	0	0	0	1	0	0
18.6b No le explicaron su situación de salud y no supo qué debía hacer	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0
18.7 No hubo demora	2	3,7	0	0	0	0	0	1	7,1
18.8 No aplica	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0
18.9 No responde	1	1,9	0	0	0	0	0	0	0
Total	54		49		33		11	14	

El total de respuestas de las afiliadas por EPS-S fue 54 de Emsanar, 49 de Caprecom, 33 de Selvasalud y 14 de afiliadas a EPS-C. Las pacientes respondieron como principal causa de demora para la atención por ginecólogo, las opciones administrativas que incluyen: "había que madrugar mucho para alcanzar una cita", "largas filas de espera" y "tiempos largos de espera para asignación de la cita". En las tres EPS-S, esta variable representa el 72,3 % en Emsanar, 77% en Caprecom y 78.7 % en Selvasalud, con diferencias significativas al comparar las 3 EPSS y las del régimen contributivo. Chi cuadrado 9.42 3gl, P=0,02414842. Al comparar entre las tres EPSS se encuentra que la diferencia es significativa. Chi cuadrado = 9.51, 2 gl, P= 0,00861015.

Todas las usuarias fueron atendidas por el ginecólogo asignado por la EPSS.

### **Cuadro 35. Tiempo de espera para la autorización del procedimiento según EPS**

<b>TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DEL PROCEDIMIENTO MENOR A 3 DIAS</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
FREC	17	6	7	3
%	77,2	40	63,6	50
<b>TIEMPO DE ESPERA PARA LA AUTORIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE 4 A 30 DIAS</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
FREC	3	8	1	3
%	13.6	53,3	9	50

En la EPSS Caprecom, la espera para la autorización del procedimiento es superior a 4 días en la mayoría de las pacientes, mientras que es igual o inferior a 3 días en Emsanar y Selvasalud, con diferencias significativas (Chi cuadrado= 9.12, 3gl, P= 0.002776345).

**Cuadro 36. Barreras para la autorización del procedimiento identificadas por las pacientes según EPS**

BARRERAS PARA LA AUTORIZACION DEL PROCEDIMIENTO PERCIBIDAS POR LAS USUARIAS: NO HUBO DEMORA				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	17	8	7	3
%	77,3	40	63,6	5,6

Del total de mujeres atendidas el 77.3% de usuarias que pertenecían a Emsanar, no percibió demora en la autorización del procedimiento mientras que el 40% de las afiliadas a Caprecom tuvo la misma percepción.

**Cuadro 37. Mujeres que a la fecha de la encuesta ya les habían realizado la colposcopia y la biopsia distribuidas según EPS**

YA LE REALIZARON EL PROCEDIMIENTO				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	21	13	9	6
%	95.4	86,6	81.8	100

En todas las EPS-S y en el régimen contributivo, alrededor del 90% de las pacientes respondieron que les habían realizado el procedimiento como la colposcopia y biopsia.



**Cuadro 38. Tiempo de espera para la realización del procedimiento según EPS**

TIEMPO DE ESPERA PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE 4 A 30 DIAS				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	13	10	5	5
%	59	66,6	45,4	83,3

Se observa que la mayoría de las usuarias encuestadas debieron esperar entre 4 a 30 días para la realización del procedimiento.

**Cuadro 39. Barreras para la realización del procedimiento según vinculación a EPS**

BARRERAS PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO CENTRADOS EN LOS TRAMITES ADMINISTRATIVOS EN LA IPS DE ATENCION				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	CONTRIBUTIVO
FREC	22	21	9	10
%	66,6	75	60	76.9

BARRERAS DE ATENCION ANALIZADAS SEGÚN EPS PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO										
	EMSANAR	%	CAPRECOM	%	SELVASALUD	%	PPNA	%	CONTRIBUTIVO	%
26.1e Tiempos largos de espera para la autorización	1	2,9	0	0	0	0	0	0	0	0
26.2b Dificultad para la consecución de la cita	18	51,4	18	64,3	8	53,3	3	60	8	61,5
26.2a Cobros adicionales	2	5,7	1	3,6	1	6,7	0	0	1	7,6
26.2d Negación del servicio	0	0	1	3,6	0	0	0	0	0	0
26.2f Tramitología	1	2,9	1	3,6	0	0	0	0	1	7,6
26.3a No había especialista disponible en la IPS de atención	6	17,1	0		0	0	1	20	1	7,6
26.3b No dieron explicación y en la IPS le dijeron que volviera después a solicitarla	1	2,9	0	0	0	0	0	0	1	7,6
26.3c Otra	0	0	1	3,6	0	0	0	0	0	0

26.4.d No tenía dinero para el transporte	0	0	0	0,0	1	6,7	0	0	0	0
26.6a Le dio pereza	0	0	1	3,6	0	0	0	0	0	0
26.5c No sacó tiempo por temor a perder el empleo	0	0	0		1	6,7	1	20	0	0
26.5a Estaba muy ocupada con las labores de la casa y de los hijos	0	0	1	3,6	0	0	0	0	0	0
26.6b No le explicaron la situación y no le dió importancia	0	0	1	3,6	0	0	0	0	0	0
26.7 No hubo demora	4	11,4	3	10,7	3	20	0	0	1	7,6
26.8 No aplica	1	2,9	0		1	6,7	0	0	0	0
26.2g Otra	1	2,9	0		0	0	0	0	0	0
Total	35		28		15		5		13	

El total de respuestas de las afiliadas por EPSS fue: 35 de Emsanar, 28 de Caprecom, 15 de Selvasalud y 13 de afiliadas a EPS contributivas. Las pacientes respondieron como principal causa de demora para la realización del procedimiento, las opciones: “había que madrugar mucho para alcanzar una cita”, “largas filas de espera” y “tiempos largos de espera para asignación de la cita”, que se podrían sumar al corresponder a dificultad para la consecución de la cita en la IPS. En las tres EPS-S, esta variable representa el 66.6% en Emsanar, 75% en Caprecom y 60% en Selvasalud. En las pacientes afiliadas al Régimen Contributivo son el 76.9%.

#### **Cuadro 40. Evaluación de la información brindada durante todo el proceso de atención según EPS**

<b>RECIBIO <u>SUFICIENTE</u> INFORMACION DURANTE EL PROCESO DE ATENCION</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
Frec	11	5	4	3
%	50	33,3	36,3	50
<b>RECIBIO <u>INSUFICIENTE</u> INFORMACION DURANTE EL PROCESO DE ATENCION</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>

Frec	10	6	5	2
%	45,4	40	15,1	33,3

En todas las EPS-S aproximadamente la mitad de las mujeres evaluaron como suficiente la información. Respondieron no haber recibido información, 1 paciente de Emsanar, 3 de Caprecom y 2 de Selvasalud.

**Cuadro 41. Información brindada durante todo el proceso de atención según EPS**

RECIBIO INFORMACION DURANTE EL PROCESO DE ATENCION				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
Frec	21	8	9	5
%	95.4	53.3	81.8	83.3
NO RECIBIO INFORMACION DURANTE EL PROCESO DE ATENCION				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
Frec	1	3	2	1
%	4.6	46.7	15,1	16.7

En las 3 EPS-S en porcentajes altos, las participantes reportaron haber recibido información durante su proceso de atención.

**Cuadro 42. Profesional que proporciona mayor información según EPS**

LAS USUARIAS RECIBIERON INFORMACION DEL GINECOLOGO				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	14	10	8	4
%	63,6	66,6	72,7	66,6

Un porcentaje alto de mujeres reportaron que recibieron mayor información del ginecólogo en las 3 EPSS.

**Cuadro 43. Mujeres encuestadas que tienen procedimientos o consultas pendientes según EPS**

TIENE PROCEDIMIENTOS PENDIENTES				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	15	12	9	5
%	68.1	80	81.8	83,3

TIENE PENDIENTE CITOLOGIA DE CONTROL				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	13	4	2	4
%	59	26.6	18.1	66.6

Al comparar entre las EPSS, hay diferencias significativas (Chi cuadrado 6.65, 2 gl,  $p=0,03590152$ ).

TIENE PENDIENTE CONTROL CON ESPECIALISTA				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	7	3	3	4
%	31.8	20	27.2	66.6

En todas las EPSS, las pacientes entrevistadas tienen pendientes procedimientos y la mayoría de ellas tienen pendiente citología de control y cita con especialista.

**Cuadro 44. Dificultades en la realización de trámites para la realización de procedimientos según EPS**

NO HA TENIDO DIFICULTAD EN EL TRAMITE				
	EMSANAR	CAPRECOM	SELVASALUD	OTROS
FREC	12	6	4	5
%	54,5	40	36,3	83,3

<b>HA TENIDO DIFICULTAD EN EL TRAMITE</b>				
	<b>EMSANAR</b>	<b>CAPRECOM</b>	<b>SELVASALUD</b>	<b>OTROS</b>
FREC	4	6	4	0
%	18.1	40	36,6	0

Las usuarias de Emsanar son las que reportan menor dificultad a la hora de realizar los trámites para la realización de procedimientos o consultas médicas, sin diferencias significativas.

## 10. DISCUSIÓN

Las variables sociodemográficas identificadas en el estudio muestran que el mayor porcentaje de mujeres tienen más de 30 años, multíparas son mujeres de baja escolaridad, de bajas condiciones socioeconómicas, hallazgos que coinciden con los factores asociados al cáncer de cuello uterino.

Frente a la oportunidad de la atención de las mujeres, se encontró que la mayoría de ellas fueron atendidas en menos de 3 días; sin embargo en algunas actividades las usuarias debieron esperar entre 4 días a 90 días. Las barreras de contención establecidas por las EPS-S como una forma de controlar los costos, no se identificaron como barrera para la atención. Chile es el único país latinoamericano en definir un tiempo de atención para la mujer con alteraciones cervicales no superior a 3 meses (34).

Se identificaron las siguientes barreras de atención para la atención de mujeres con alteraciones cervicales: de tipo administrativo en las EPS-S, de recurso humano, económicas de la paciente, de disponibilidad de tiempo, personales y en mayor porcentaje barreras administrativas al interior de las IPS.

Llama la atención que al comparar las situaciones referidas por las usuarias frente al marco legal colombiano, no se observan en algunos momentos del proceso de atención, en especial, en la prestación del servicio en las IPS, las garantías de acceso establecidas en la Res. 412 de 2000 del Ministerio de Protección Social (13)

Un estudio sobre barreras de acceso realizado en las cinco ESES de la ciudad de Cali en el año 2011 (29) encuentra estas mismas dificultades y otras más que dificultan los procesos de atención y dejan al descubierto las debilidades de los programas de salud y la razón del bajo impacto de las estrategias planeadas. Entre las barreras administrativas que identificaron en las EPS-S se encuentran: "Las no autorizaciones aludiendo que son no POS, practica perversa utilizada indiscriminadamente como medio contenedor de la demanda y forma fácil de controlar el gasto dentro del criterio economicista en que se enmarcan las EPS aduciendo que deben hacerlo para poder cubrir el paquete de beneficios del POS con el valor de la cápita", demora en las autorizaciones por parte de algunas EPS, la solicitud de citas es una de las barreras más recurrentes, demora en el inicio de tratamientos, modalidad de la contratación, entre otras. Los usuarios se quejaron por la no continuidad de los contratos o demoras hasta de 3 meses, la alta rotación de personal, baja oportunidad, negación de servicios a la PPNA, trámites excesivos, orientación deficiente, copagos y cuotas moderadoras que generan abstención y limitan el acceso a los servicios en los niveles 2 y 3; igualmente por el no funcionamiento de los servicios como redes integradas que dividen el proceso de atención asistencial entre varios prestadores, filas que no garantizan la atención y congestión.

La similitud de hallazgos en estas ESE y la ESE del estudio, reflejan una situación estructural en la salud colombiana que debe ser entendida desde la consideración de las normas y criterios economicistas que rigen estas instituciones y que ensombrecen el futuro de la salud e imposibilitan la eliminación de barreras que permitan una atención más oportuna (30).

Otro estudio realizado en Soacha que evaluó las representaciones mentales barreras y las motivaciones de las mujeres para tomarse la citología, en el

que se observan similitudes en las barreras de acceso descritas anteriormente: Deficiente calidad, demora en la entrega de resultados, madrugadas ineficaces, filas, trámites y deshumanización por parte del personal de salud, ocasiona que muchas no deseen ir a sus centros de salud o que prefieran la atención particular (30).

Llamó la atención que a la mayoría de las pacientes, independientemente del resultado de la citología, les fuera ordenada una colposcopia. Según lo establecido por la Guía de Práctica clínica No. 1 del Instituto Nacional de Cancerología, en las recomendaciones para el manejo de pacientes con ASCUS (16), “La estrategia óptima para el manejo de pacientes con citología reportada como ASCUS, si NO se cuenta con la prueba de detección de ADN-VPH, puede ser repetir la citología a los seis y a los doce meses o realizar colposcopia inmediata. Si cualquiera de las dos citologías de seguimiento es ASCUS o mayor, se debe remitir a colposcopia”. Este hallazgo hace suponer un exceso de intervencionismo en el tratamiento de las pacientes.



## **11. CONCLUSIONES**

- En la atención de pacientes con alteraciones citológicas atendidas en una ESE de Palmira en 2010 existen barreras para la autorización de la atención por especialista y para los procedimientos en dos de las 3 EPSS
- En la IPS de segundo nivel existen diferencias en la atención de pacientes según la EPS-S donde está afiliada la paciente.
- Aparentemente existe un exceso de intervencionismo en el tratamiento de las pacientes.

## 12. BIBLIOGRAFIA

1. Miller AB. Evaluation of the impact of Screening for Cancer of the cervix. Screening for Cancer of the uterine cervix. IARC Lyon(France). 1986: 149
2. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros M, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública 2010; 12(1); 1 – 13, 2010
3. Espinosa H. Control de Calidad Externo. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Programa de Detección Temprana de Cáncer de Cuello Uterino. 2009 – 2010. Presentación diapositivas. 13 de mayo de 2011
4. <http://www.cancer.gov.co/documentos/Incidencia//Tabla%2011-%20Estimaciones%20Mujeres.pdf>
5. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Profamilia, Bogotá, noviembre 2005
6. González J. Programa de cáncer Secretaría de Salud pública de Cali. Abril 26 de 2011
7. Estadística de citologías cervico - vaginales, ESES E IPS del Valle 2010. Programa de Control Externo de calidad. Instituto Nacional de Salud
8. *González J A. Presentación Diapositivas. Noviembre 26 de 2010. Palmira*

9. Escandón K., Muñoz EP Oportunidad y continuidad en el manejo de pacientes con alteraciones en la citología vaginal en una IPS de Cali. Informe de investigación. U. Valle. 2010
10. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Profamilia, Bogotá, noviembre 2011
11. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, Agurto I. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low – resource settings. Salud sexual pública de México. 2002. 45: 408 - 416
12. Díaz M, Parra E. Guía de control de calidad para la toma procesamiento e interpretación en muestras de citología de cuello uterino. Instituto Nacional de Salud. Colombia 2009
13. Norma técnica para la detección temprana de cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Ministerio de protección Social. Colombia. Res. 412 de 2000
14. Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (preinvasora o invasora) en Colombia. Publicación del Instituto Nacional de Cancerología. Guía de práctica clínica No. 3. Bogotá. Diciembre de 2007. Pg 16 – 19
15. Nutbeam D, Harris E. Theory in a nutshell: a practitioners guide to community used theories and models in health promotion. Sydney: National Centre for Health Promotion; 1998

16. Lazcano E, Alonso P, Ruíz José, Ávila M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The equity and technological development Rev Salud Pública 2003: 45: 449 – 462
17. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia. Impreandes. Bogotá, 1991. Art. 49.
18. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010
19. República de Colombia. Ministerio de Salud. Política de salud sexual y reproductiva. Bogotá: Ministerio de salud; 2000
20. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en salud. Bogotá: 2006
21. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2323 de 2006. Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 en relación con la red nacional de laboratorios y se dictan otras disposiciones. Bogotá: 2006
22. República de Colombia, Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000
23. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Res. 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar

el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

24. CRES. Acuerdo 008. Ministerio de Protección Social 2009. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado

25. [http://www.palmira.gov.co/Palmira/paginas/datos\\_estadísticas.htm](http://www.palmira.gov.co/Palmira/paginas/datos_estadísticas.htm)

26. Concejo Municipal de Palmira

27. Resolución 008430 de 1993. Ministerio de Salud. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud

28. Restrepo J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia 2006. Rev Esp Salud Pública 2007; P81

29. Estudio de Percepción de Barreras de Acceso en la Prestación de Servicios de Salud de las ESE del Municipio de Santiago de Cali 2011

30. Wiesner C, Bejarano M, Caicedo C. Caicedo, Tovar S, Cendales Soacha, Representaciones Sociales, Barreras y Motivaciones. Colombia: 2006

31. Cobertura de la Citología de Cuello Uterino y Factores Relacionados en Colombia, 2005 Piñeros

32. Base de datos de mortalidad secretaria Departamental de Salud Valle 2009.

33. [www.ligacontraelcancer.com.co/tiposdecanceruterino.php](http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposdecanceruterino.php)

34. Republica de Chile. Ministerio de Salud. Ministerio de Hacienda. Ley 19.966. por la cual se establecen las garantías explícitas en salud del régimen general de garantías. Santiago: Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda; 2005.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA LA ATENCION DE LA MUJER CON RESULTADO DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA POSITIVA EN UNA E.S.E DE PALMIRA 2010

Universidad del Valle: Escuela de Salud Pública  
Hospital Raúl Orejuela Bueno. E.S.E. Palmira

#### CUESTIONARIO PARA MUJERES CON RESULTADO DE CITOLOGIA ALTERADA

Fecha: día \_\_\_\_ mes \_\_\_\_ año \_\_\_\_

Código de la participante: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: día: \_\_\_\_ mes: \_\_\_\_ año: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ años

**1. ESCOLARIDAD:**

- A) Ninguna
- B) Primaria
- C) Secundaria
- D) Técnico
- E) Superior
- F) No sabe
- G) No responde

**2. OCUPACION:**

- A) Trabaja
- B) Estudia
- C) Busca trabajo
- D) Oficios del hogar
- E) Otro Cuál
- F) No responde
- G)

**3. ESTADO CIVIL:**

- A) Soltera
- B) Casada
- C) Unión Libre
- D) Separada
- E) Viuda
- F) No responde

**4. EPS / REGIMEN DE SALUD:**

- A) Emsanar
- B) Caprecom
- C) Selvasalud
- D) PPNA
- E) Desplazada
- F) Particular
- G) Régimen Contributivo
- H) Otro
- I) No responde

**5. HISTORIA OBSTETRICA**

- A) Número de embarazos
- B) Partos vaginales
- C) Cesáreas
- D) Abortos

**6. Cuál fue el resultado de su citología**

- A) ASCUS
- B) ASC-H
- C) NIC I
- D) VPH
- E) NIC II
- F) NIC III
- G) Ca In situ
- H) Ca Invasivo
- I) ACG
- J) LEIBG
- K) LEIAG
- L) No responde

**7. ¿Qué hizo cuando le entregaron el resultado de citología?**

- a. Asistió a consulta médica?
- b. Tuvo temor de asistir al médico y lo dejó para después.
- c. Nadie le explicó el resultado, por lo tanto no le dio importancia y no asistió
- d. Se tomó otra citología en un lugar diferente?
- e. Otra
- f. No responde

**8. Si su respuesta es A cuánto tiempo tardó para asistir a la consulta?**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31 á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)



E	De 181 a 365 días (un año)
F	Más de un año
G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**9. El médico general que la atendió era:**

- A. De su IPS
- B. De otra IPS
- C. Particular
- D. No aplica
- E. No responde

**10. Si su respuesta es D, cuánto tiempo esperó para tomarse otra citología?**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)
E	181 a 365 días (un año)
F	Más de un año
G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**11. El médico general la remitió al ginecólogo?**

- A) Si
- B) No
- C) No sabe
- D) No responde
- E) No aplica

**12. El tiempo de espera para la autorización de su atención con el especialista fue**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31 á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)
E	181 a 365 días (un año)
F	Más de un año

G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**13. Indique la posible causa de la demora**

<p><b>16.1 Trámites administrativos en su EPS como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación de servicios</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la autorización</li> <li>f. Mucha tramitología</li> <li>g. Otra cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.2 Trámites administrativos en la IPS de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación del servicio</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la asignación de la cita</li> <li>f. Tramitología</li> <li>g. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.3 Recurso humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No había especialista disponible en la IPS que me asignó la EPS</li> <li>b. No dieron explicación y en la IPS me dijeron que volviera después a solicitarla</li> <li>c. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.4 Situación económica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No tenía dinero para el transporte</li> <li>b. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la EPS.</li> <li>c. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la IPS que me asignaron la atención</li> <li>d. No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista y / o los procedimientos que me solicitaron</li> <li>e. Otras cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.5 Disponibilidad de tiempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Estaba muy ocupada con las labores de la casa y los hijos</li> <li>b. En el trabajo no me daban permiso</li> <li>c. No saqué tiempo por temor a perder el empleo</li> <li>d. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.6 Personales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Me dio pereza</li> <li>b. No me explicaron mi situación de salud y no supe qué debía hacer</li> <li>c. Negación</li> <li>d. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>16.7 No hubo demora</b></p>
<p><b>16.8 No aplica</b></p>
<p><b>16.9 No responde</b></p>

**14. Después de la autorización por parte de la EPS para la atención con el especialista, cuánto tiempo tardó para ser valorada por el ginecólogo**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31 á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)
E	181 a 365 días (un año)
F	Más de un año
G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**15. Indique la razón de la demora**

<p><b>18.1 Trámites administrativos en su EPS como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación de servicios</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la autorización</li> <li>f. Mucha tramitología</li> <li>g. Otra cuál _____</li> </ul>
<p><b>18.2 Trámites administrativos en la IPS de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación del servicio</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la asignación de la cita</li> <li>f. Tramitología</li> <li>g. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>18.3 Recurso humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No había especialista disponible en la IPS que me asignó la EPS</li> <li>b. No dieron explicación y en la IPS me dijeron que volviera después a solicitarla</li> <li>c. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>18.4 Situación económica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No tenía dinero para el transporte</li> <li>b. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la EPS.</li> <li>c. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la IPS que me asignaron la atención</li> <li>d. No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista y / o los procedimientos que me solicitaron</li> <li>e. Otras cuál _____</li> </ul>
<p><b>18.5 Disponibilidad de tiempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Estaba muy ocupada con las labores de la casa y los hijos</li> <li>b. En el trabajo no me daban permiso</li> <li>c. No saqué tiempo por temor a perder el empleo</li> <li>d. Otra. Cuál _____</li> </ul>

<b>18.6 Personales</b>
a. Me dio pereza
b. No me explicaron la situación y no supe qué debía hacer
c. Negación
d. Otra. Cuál _____
<b>18.7 No hubo demora</b>
<b>18.8 No aplica</b>
<b>18.9 No responde</b>

**16. El ginecólogo que la atendió es**

- A) El que su EPS le asignó
- B) Particular
- C) Otro, cuál \_\_\_\_\_
- D) No aplica
- E) No responde

**17. El ginecólogo le solicitó gestionar con su EPS algún procedimiento**

- A) Si \_\_\_\_\_
- B) No \_\_\_\_\_
- C) No aplica
- D) No responde

**18. El tiempo de espera para la autorización del procedimiento fue :**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31 á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)
E	181 a 365 días (un año)
F	Más de un año
G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**19. Indique la causa de la demora**

<b>22.1 Trámites administrativos en su EPS como:</b>
a. Cobros adicionales
b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha
c. Largas filas de espera
d. Negación de servicios
e. Tiempos largos de espera para la autorización
f. Mucha tramitología
g. Otra cuál _____

<p><b>22.2 Trámites administrativos en la IPS de atención</b></p> <p>a. Cobros adicionales</p> <p>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</p> <p>c. Largas filas de espera</p> <p>d. Negación del servicio</p> <p>e. Tiempos largos de espera para la asignación de la cita</p> <p>f. Tramitología</p> <p>g. Otra. Cuál _____</p>
<p><b>22.3 Recurso humano</b></p> <p>a. No había especialista disponible en la IPS que me asignó la EPS</p> <p>b. No dieron explicación y en la IPS me dijeron que volviera después a solicitarla</p> <p>c. Otra. Cuál _____</p>
<p><b>22.4 Situación económica</b></p> <p>a. No tenía dinero para el transporte</p> <p>b. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la EPS.</p> <p>c. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la IPS que me asignaron la atención</p> <p>d. No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista y / o los procedimientos que me solicitaron</p> <p>e. Otras cuál _____</p>
<p><b>22.5 Disponibilidad de tiempo</b></p> <p>a. Estaba muy ocupada con las labores de la casa y los hijos</p> <p>b. En el trabajo no me daban permiso</p> <p>c. No saqué tiempo por temor a perder el empleo</p> <p>d. Otra. Cuál _____</p>
<p><b>22.6 Personales</b></p> <p>a. Me dio pereza</p> <p>b. No me explicaron la situación y no le di importancia</p> <p>c. Negación</p> <p>d. Otra. Cuál _____</p>
<p><b>22.7 No hubo demora</b></p>
<p><b>22.8 No aplica</b></p>
<p><b>22.9 No responde</b></p>

**20. Ya le realizaron el procedimiento**

- A) Si \_\_\_\_\_
- B) No \_\_\_\_\_
- C) No aplica
- D) No responde

**21. Tiempo de espera para la realización del procedimiento**

A	Menor a 3 días
B	De 4 a 30 días (1mes)
C	De 31 á 90 días (3 meses)
D	De 91 a 180 días (6 meses)

E	181 a 365 días (un año)
F	Más de un año
G	No aplica
H	No responde
I	No asistió

**22. Cuál fue la causa de la demora para la realización del procedimiento?**

<p><b>26.1 Trámites administrativos en su EPS como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación de servicios</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la autorización</li> <li>f. Mucha tramitología</li> <li>g. Otra cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.2 Trámites administrativos en la IPS de atención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Cobros adicionales</li> <li>b. Había que madrugar mucho para alcanzar una ficha</li> <li>c. Largas filas de espera</li> <li>d. Negación del servicio</li> <li>e. Tiempos largos de espera para la asignación de la cita</li> <li>f. Tramitología</li> <li>g. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.3 Recurso humano</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No había especialista disponible en la IPS que me asignó la EPS</li> <li>b. No dieron explicación y en la IPS me dijeron que volviera después a solicitarla</li> <li>c. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.4 Situación económica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. No tenía dinero para el transporte</li> <li>b. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la EPS.</li> <li>c. No tenía dinero para pagar los cobros que me solicitaron en la IPS que me asignaron la atención</li> <li>d. No tenía dinero para pagar la consulta con el especialista y / o los procedimientos que me solicitaron</li> <li>e. Otras cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.5 Disponibilidad de tiempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Estaba muy ocupada con las labores de la casa y los hijos</li> <li>b. En el trabajo no me daban permiso</li> <li>c. No saqué tiempo por temor a perder el empleo</li> <li>d. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.6 Personales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Me dio pereza</li> <li>b. No me explicaron la situación y no le di importancia</li> <li>c. Negación</li> <li>d. Otra. Cuál _____</li> </ul>
<p><b>26.7 No hubo demora</b></p>

26.8 No aplica
26.9 No responde

23. Cómo evalúa la información que recibió durante el proceso sobre su situación de salud?

- A) Suficiente\_\_\_\_\_
- B) Insuficiente\_\_\_\_\_
- C) No recibió información\_\_\_\_\_
- D) No aplica
- E) No responde

24. De quién recibió información

- A) Médico
- B) Enfermera
- C) Ginecólogo
- D) Ninguno
- E) No aplica
- F) No responde
- H) Otro

25 Indique cuál fue el costo promedio asumido por usted para continuar la atención o procedimientos para el manejo de su estado de salud?

A	\$ 10.000 - \$ 50.000	
B	\$ 51.000 - \$ 100.000	
C	\$ 101.000 - \$ 200.000	
D	Mayor de 201.000	
E	Ninguno	
F	No aplica	
G	No responde	
H	Menos de \$ 10.000	

26. Actualmente tiene pendiente algún procedimiento relacionado con el diagnóstico en mención?

- A) Sí
- B) No
- C) No aplica
- D) No responde

27. Ha tenido dificultad con el trámite en su EPS

- A) Sí
- B) No
- C) No aplica
- D) No responde

## ANEXO 2.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUJERES CON RESULTADO DE CITOLOGÍA POSITIVA

Fecha \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con cc \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario usted está aceptando participar en una investigación en salud autorizada por el Hospital Raúl Orejuela Bueno ESE y la Universidad del Valle que se ha titulado: “Barreras administrativas para la atención de la mujer con resultado de citología cervicouterina positiva en una ESE de Palmira 2010”.

Con este estudio se pretende conocer las dificultades que tienen las mujeres con citologías anormales en los distintos sitios atención.

Con los resultados del estudio se desea disminuir las dificultades administrativas para la autorización de ordenes médicas y atención de las mujeres con alteraciones en la citología

Se han incluido 158 mujeres con resultados anormales.

Su participación en el estudio es fundamental y no le originará ningún costo; se limita única y exclusivamente a resolver el cuestionario de preguntas, el cual tarda aproximadamente 20 minutos. Si llegara a haber alguna información nueva respecto al estudio, se le informará oportunamente

El estudio se ha clasificado como una investigación sin riesgos ya que no habrá toma de muestras ni se realizará ningún tipo de procedimientos sobre las personas.

Basados en el respeto y en la protección de los derechos y la dignidad humana, su participación es voluntaria, y la información que se genere será de carácter confidencial y no será utilizada para otro propósito diferente al del estudio sin su consentimiento.

La información que usted brinde debe reflejar fielmente la experiencia durante la atención.

En el momento en que lo desee puede negarse a participar en él sin que esto genere perjuicio alguno para usted.

*Si desea tener información adicional o aclaraciones sobre el estudio, puede llamar a a Inés Mariela Castaño (Investigadora) al tel. 2733327 ext. 110; al doctor Luis Alberto Tafur (Tutor asignado de la Escuela de Salud Pública Universidad del Valle) tel. 5542458; o al Comité de Ética de la Universidad del Valle tel. 5185677*