

**FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE
CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010**

**Presentado por:
JOAS BENÍTEZ DUQUE**

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Magister en
Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
SANTIAGO DE CALI
2012**

**FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS
MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE
CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL
DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010**

**Presentado por:
JOAS BENÍTEZ DUQUE**

**Trabajo de grado como requisito parcial para optar al título de Magister en
Epidemiología**

**Directora del trabajo
NHORA LUCIA ARIAS QUIJANO
Enfermera Especialista en Salud Familiar
Msc Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGIA
SANTIAGO DE CALI
2012**

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero darle gracias a Dios por su amor y misericordia, por darme fe, renovar mis fuerzas y por permitirme tener a mi lado personas tan maravillosas que me han acompañado en realizar este sueño de ser epidemiólogo.

A mi papá gracias por sus oraciones, por sus consejos y por siempre estar conmigo. A mi amada esposa Mayra, gracias por tu comprensión, por tu apoyo, por tener paciencia, por todos los momentos que no pudimos compartir. A mis pequeños, mis queridos hijos por su ternura y por ser inspiración y aliento para mi vida en los momentos en que sentí que ya no lo podría lograr. A mi Profesora Nhora Lucía, por su compromiso y entrega con este proyecto, por enseñarme que sí se puede, por que durante este proceso no sólo pude crecer como profesional, sino como persona, con todo el corazón Profesora Nhora muchas gracias; sobre todo por la paciencia que me tuvo, pues en ocasiones no avanzaba como esperábamos, pero gracias a su orientación lo pude lograr. A la familia Fonseca Arias, por haberme brindado su apoyo y su afecto en el momento más crucial para avanzar en este trabajo.

A mi compañera de trabajo y amiga Lucia Pineda, muchas gracias por confiar en mí y por animarme a alcanzar las metas. Al Dr. Virgilio Barco, gracias por la confianza brindada y por su apoyo en esta última parte de este proceso.

A mis queridos amigos y amigas de la Maestría: Amanda, Yoseth, Andrés, Carlos, Margarita, Susan, Claudia y Ana. Especialmente a Yoseth, a Amanda, a Margarita y a Claudia, gracias por su generosidad, por permitirme conocer el significado de la amistad, por estar conmigo en los momentos más críticos, por compartirme su conocimiento, su tiempo y animarme permanentemente. Es para mí un privilegio tener como amigos y amigas a personas tan maravillosas.

Gracias a Alberto, a Rosmery, a Francy y a Ricardo, mis hermanos y amigos en la fe, por sus oraciones y compañía. Gracias a mi profesora Olga Lucia Gómez por acompañarme en el inicio y finalización de este proceso. Gracias a mi Profesora Lyda Osorio y a Maria Nelly por sus orientaciones y apoyo y a todas aquellas personas que me acompañaron en este proceso.

“...Al que cree, todo le es posible” Marcos 9:23

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN DEL PROYECTO	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. MARCOS DE REFERENCIA.....	15
2.1 Marco Teórico.....	15
2.2 Estado del arte.....	31
2.3. Marco normativo.....	35
3. OBJETIVOS	37
3.1 Objetivo General	37
3.2. Objetivos Específicos	37
4. MÉTODOS	37
4.1 Tipo de estudio	37
4.2 Ensamblaje y seguimiento de la Cohorte.....	37
4.3 Área de estudio	38
4.4 Población y muestra	38
4.4.1 Tamaño de la muestra	38
4.5 Variables.....	38
4.6 Procedimientos.....	39
4.7 Ingreso y control de Calidad de datos	40
4.8 Plan de Análisis.....	41
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
6. RESULTADOS	44
7. DISCUSIÓN	66
8. FORTALEZAS DEL ESTUDIO	71
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	72
10. IMPACTOS EN SALUD PÚBLICA	73
11. CONCLUSIONES.....	73
12. RECOMENDACIONES	74
13. FUTUROS ESTUDIOS.....	75
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	

LISTADO DE TABLAS

	Pág.
Tabla No 1. Descripción del comportamiento del tiempo entre la toma de citología, la lectura de la misma, Valoración médica de la mujer con citología anormal y Valoración médica de la mujer con citología anormal con los exámenes diagnósticos, en la ESE Ladera.2010.....	46
Tabla No 2. Características del medio ambiente externo. Mujeres con Citología anormal reportadas por la ESE Ladera 2010.....	48
Tabla No 3. Características del Sistema de Cuidado de Salud. Mujeres Reportadas con citología anormal ESE Ladera. 2010.....	50
Tabla No 4. Características de la población. Mujeres Reportadas con citología anormal ESE Ladera. 2010.....	52
Tabla No 5. Características de comportamiento en Salud y uso de servicios. Mujeres Reportadas con citología anormal ESE Ladera 2010.....	53
Tabla No 6. Características de los Resultados en Salud en mujeres con citología anormal ESE Ladera. 2010.....	53
Tabla No 7. Distribución de las mujeres con citología anormal con Oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en cada una de las características del componente medioambiental.....	55
Tabla No 8. Análisis Multivariado para las características del componente medioambiental para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.....	57
Tabla No 9. Análisis bivariado en el componente de características de la población y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.....	59
Tabla No 10. Análisis Multivariado del componente características de la población para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.	61
Tabla No 11. Análisis bivariado en el componente comportamientos en salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.....	62

	Pág.
Tabla No 12. Análisis Multivariado del componente Comportamientos en Salud para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.	63
Tabla No 13. Análisis bivariado en el componente de resultados en Salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.....	63
Tabla No 14. Análisis Multivariado final con todos los componentes del Modelo Teórico: Medio ambiente, características de la población, comportamientos en Salud.....	65

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo de comportamientos Fase 4	17
Figura 2. Modelo de comportamientos Fase 4 ajustado al estudio.....	30
Figura 3. Proceso para el Acceso (Ruta) a Métodos diagnósticos para una mujer con citología anormal en la ESE Ladera año 2010.	45
Figura 4. Tiempo desde la toma de citología a pasos críticos del Proceso para el Acceso (Ruta) a Métodos diagnósticos Para una mujer con citología anormal en la ESE Ladera año 2010.	47

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuadro de variables relacionadas con el estudio.....	87
Anexo 2. Instrumento de recolección de información de pacientes de oportunidad a métodos diagnósticos	94
Anexo 3. Instrumento de recolección de información de Oportunidad a métodos diagnósticos de los aseguradores(EPS).....	102
Anexo 4. Manual de Recolección de información.....	109
Anexo 5. Carta de Aprobación comité de ética ESE Ladera.....	111
Anexo 6. Carta de Aprobación comité de ética Facultad de Salud Universidad del Valle.....	113

RESUMEN DEL PROYECTO

El cáncer de cuello uterino es una patología relativamente rara en países desarrollados; sin embargo, sigue ocupando el tercer lugar en las mujeres de todo el mundo, y es el segundo más frecuente en los países en desarrollo donde más de las 2/3 partes se diagnostican en estados avanzados, a pesar de ser uno de los que ofrece más posibilidades de detección precoz y curación. En un futuro próximo, se proyecta que la incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino aumenten, debido a una mayor esperanza de vida en las mujeres, así como por los cambios en los estilos de vida por la adopción de regímenes alimentarios poco saludables y a otros factores de riesgo, como el consumo de tabaco.

Colombia se encuentra entre los países de América Latina, con una alta incidencia y mortalidad de esta enfermedad, esta patología es la tercera causa de muerte en las mujeres adultas, después del cáncer gástrico y de mama. Aunque todavía el país se encuentra lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en este tema se observa una tendencia a la baja, en comparación con la ciudad de Cali donde en los últimos años se ha incrementado la mortalidad por este tipo de cáncer en las mujeres, superando al país.

Para que un programa de detección de cáncer de cuello uterino reduzca la mortalidad debe cumplir dos premisas fundamentales: primero, que se cuente con las facilidades necesarias para realizar el diagnóstico de todos los casos con citología positiva y, segundo, que una vez establecido el diagnóstico, se aplique el tratamiento. Se espera que la mujer cumpla las visitas que se requieren para la toma de la muestra, obtención del resultado, realización de la colposcopia-biopsia y el tratamiento en un periodo máximo de tres meses, sin embargo hay muy pocos estudios en el país que evalúen el acceso y la oportunidad al diagnóstico y al tratamiento que tienen las mujeres con reporte de citologías de lesiones intraepiteliales de alto grado.

Por todo lo descrito anteriormente este estudio se desarrolló con el propósito de contestar la pregunta ¿Cuál es la oportunidad del acceso a los métodos diagnósticos y los factores asociados con la misma en mujeres con resultados de citología de Lesiones Intraepiteliales en una Empresa Social del Estado (ESE) en la ciudad de Santiago de Cali en el año 2010?

Para ello se realizó un estudio de cohorte retrospectiva a partir de la recolección de información de fuentes secundarias obtenidas de los puntos de atención de la ESE Ladera ubicados en las comunas 1,3, 17,18, 19 y 20 del municipio de Cali.

Los resultados obtenidos muestran en relación al número de días entre la toma de citología y la lectura de la misma que 50% o menos de las mujeres tuvieron esa lectura en 14 días, y el promedio fue de 16 días. Al menos 50% de las mujeres accedieron a valoración médica para revisión de resultados de la citología anormal en 41 días y en

promedio 51 días desde la toma. El tiempo promedio de días entre la toma de la citología y la valoración médica para la revisión de los exámenes diagnósticos (colposcopia-biopsia) fue de 122 días, donde 50% o menos de las mujeres lo realizaron en 99 días, con valores tan extremos como 438 días.

Se encontró asociación estadística como factores asociados para el acceso oportuno (acceso al diagnóstico final junto con la valoración médica y los resultados de las pruebas diagnósticas en tres meses o menos) a los métodos diagnósticos de las mujeres con citología anormal, el cumplimiento a la ruta (RR=8,07 IC95% 4,89;13,319), la Severidad sospecha diagnóstica siendo las mujeres con resultados Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II) las que tienen menos oportunidad al acceso a métodos diagnósticos (RR=0,371 IC95% 0,141;0,979). Para las variables de aseguramiento (RR=0,725 IC 95% 0,320; 1,645), Edad agrupada por cuartiles (RR=0,855 IC95% 0,342; 2,135; RR=1,157 IC95% 0,444; 3,015 y RR=1,981 IC95% 0,234; 5,151), Año última citología (RR=1,521 IC95% 0,429; 5,385) y el uso de método anticonceptivos (RR=0,491 IC95% 0,235; 1,027) no se encontró significancia estadística ($p>0,05$).

A partir de estos hallazgos se recomienda el fortalecimiento de los sistemas de información, el diligenciamiento de las variables de caracterización de las usuarias de la historia clínica y del Registro de Citología, de la estandarización del seguimiento a las usuarias con Citología anormal, así como la ruta y lo relacionado con los sistemas de información que soporten esto, de la definición de indicadores de proceso, estructura y resultado del seguimiento y el establecimiento de un observatorio de la citología anormal que permita realizar el seguimiento a Cohorte por Municipio, así como por IPS y la Articulación entre los actores del sistema de Seguridad social en Salud.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La carga de las enfermedades crónicas está aumentando en un contexto de crecimiento poblacional y cambios en los estilos de vida debido a la adopción de regímenes alimentarios poco saludables y a factores de riesgo, como el consumo de tabaco¹. Una de estas patologías es el Cáncer que debido a su elevada carga en las sociedades de altos ingresos y al incremento en el número de casos en los países en desarrollo se convierte en una prioridad¹.

Se estima que de las 58,8 millones de personas muertas anualmente en todo el mundo, 13% se relacionan con cáncer¹. La Agencia Internacional Para la Investigación del Cáncer IARC (por sus siglas en inglés) estimó que para el año 2008 había 12,4 millones de casos nuevos de cáncer, 7,6 millones de muertes, 28 millones de personas vivas con cáncer que fueron diagnosticadas cinco años atrás y se espera que para el año 2030 estas cifras se dupliquen. Para el año 1970, sólo 15% de los casos nuevos se reportaba en países en desarrollo con medianos y bajos ingresos; sin embargo, para el 2008 se estimó que 53% del total de los nuevos casos de cáncer y 60% del total de muertes ocurren en estos países y se espera que en el tiempo este comportamiento se mantenga^{1, 2}

El impacto económico total de muerte prematura y discapacidad por cáncer en todo el mundo fue de 895 billones de dólares en 2008, lo cual representa 1.5% del producto interno bruto (P.I.B.) del mundo. Esta carga económica es 19% más alta que la de las enfermedades del corazón ubicadas en el segundo lugar como causa de pérdidas económicas. La pérdida de años de vida saludable y productividad causados por esta patología representa la fuga más grande en la economía global, comparada con otras causas de muertes, incluyendo HIV/AIDS y otras enfermedades infecciosas; en total 83 millones de años de vida saludable perdidos fueron debidos a muertes y discapacidad por cáncer en 2008. Entre los países clasificados por el Banco Mundial como de bajos ingresos, el cáncer de cuello uterino pesa más de 10% de pérdidas económicas sólo superada por el cáncer de boca y garganta³

El cáncer de cuello uterino contribuye con 4% del total de muertes por todos los tipos de cáncer en el mundo, con una tasa de mortalidad de 7,8 por 100 .000 mujeres. Ocupa el tercer lugar en las mujeres de todo el mundo, con una incidencia estimada de 15,3 por 100.000 mujeres que corresponde a cerca de 530.232 casos nuevos en 2008; sin embargo, este comportamiento presenta grandes diferencias entre las mujeres de los países desarrollados y en desarrollo^{1, 3,4}. En los primeros es una patología relativamente rara debido a la implementación y cobertura de los programas de tamizaje de rutina y las modalidades de tratamiento con más de 50 años de desarrollo, y no aparece en la primeras causas de muerte por cáncer en las mujeres, pero es el segundo más frecuente en los países en desarrollo donde representa aproximadamente 15% de todos los cánceres en las mujeres¹, con un estimado de 242.000 muertes de las cuales más de las 2/3 partes se diagnostican en estados avanzados a pesar de ser uno de los que ofrece más posibilidades de detección precoz y curación. Desafortunadamente, la mayoría de las

mujeres en los países de bajos ingresos no tienen acceso a atención en salud que pueda prevenir el inicio del cáncer o detectarlo lo suficientemente a tiempo para su cura^{3, 5}

En América Latina y el Caribe, el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de nuevos casos de cáncer en mujeres y también de las muertes después del cáncer de mama. Para el 2008 se estimaron 80.711 casos nuevos para una tasa de 15,3 por 100.000 mujeres y 36.125 muertes para una tasa de mortalidad de 6,5 por 100.000 mujeres. Se estima que para 2020, el número de defunciones podría llegar a 57.000^{1,4}. Uruguay, Argentina, Colombia, Perú y Barbados están entre los países que en la región están experimentando la más grande carga de cáncer^{1, 6}

En Colombia es la tercera causa de muerte en las mujeres adultas después del cáncer gástrico y de mama. La tasa de mortalidad por cáncer de útero ha disminuido levemente: en el 2000 era de 10,5 por cada 100.000 mujeres y en el 2009 de 9,1 por cada 100.000 mujeres; sin embargo, durante la última década han muerto aproximadamente 2.000 mujeres cada año por esta causa. En el año 2009 se reportaron para todo el país 2.086 muertes⁷.

En el Documento CONPES Social 140 de 2011, el país ajustó la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el cáncer de cuello uterino de reducir la tasa de mortalidad por este evento a 6,80 muertes por 100.000 mujeres en 2015⁸ pero se encuentra todavía lejos de cumplirlas y por ésta razón es indispensable que se tomen medidas tendientes a mejorar la equidad en el cubrimiento de citología del cuello uterino, así como el fortalecimiento en el seguimiento luego de realizadas las actividades de tamizaje. Lo anterior implica que uno de los grandes desafíos se relaciona con mejorar la eficacia de los programas para que las intervenciones orientadas a la prevención, la detección temprana y el manejo del cáncer de cuello uterino tengan un mayor impacto⁷.

En el Valle del Cauca el cáncer de cuello uterino es la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 49 años, antecedido por las agresiones con disparos de otras armas de fuego y el cáncer de mama respectivamente⁹. En el periodo comprendido entre el año 2000 al 2008 el comportamiento de las tasas de mortalidad por esta enfermedad se mantuvo alrededor de 20 muertes por 100.000, y un promedio de 200 muertes por año. Para el año 2009 se observó una tasa de 12,2 muertes por 100.000 y 181 muertes, pero al igual que en el país a pesar de esta importante reducción el departamento se encuentra lejos de alcanzar la meta de los Objetivos del Milenio⁹

En Santiago de Cali la mortalidad por cáncer de cuello uterino se incrementó de 7,4 por 100.000 para el año 2003 a 9,5 por 100.000 para el año 2006¹⁰, y para el 2009 se observó una tasa de 12,6 muertes por 100.000 con un aumento del 33% comparado con el año 2006, con un total de 99 muertes¹⁰ y aunque las tendencias del Valle del Cauca muestran una disminución en las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, la situación para Cali va en contravía con un constante aumento en la misma y con el mayor número de muertes del departamento por esta causa. La anterior situación implica para la

ciudad el fortalecimiento y el establecimiento de diferentes acciones para la reducción de esta mortalidad evitable⁹

Dado que el cáncer de cuello uterino es prevenible y curable en estadios tempranos, las intervenciones están dirigidas a la detección temprana, la cual se realiza por medio de la citología de cuello uterino, con la que se ha logrado disminuir la mortalidad de manera eficaz. En Colombia para el año 2005 la cobertura de citología en mujeres de 25 a 69 años fue de 76,5%¹¹.

Para que un programa de detección de cáncer de cuello uterino reduzca la mortalidad por esta causa debe cumplir dos premisas fundamentales: primero, que se cuente con las facilidades necesarias para realizar el diagnóstico de todos los casos con citología positiva y, segundo, que una vez establecido el diagnóstico, se aplique el tratamiento. De otra manera no es posible modificar la historia natural de la enfermedad y los esfuerzos, y los costos del programa de detección, resultan inútiles. Se espera que la mujer cumpla las visitas que se requieren para la toma de la muestra, obtención del resultado, realización de la colposcopia-biopsia y el tratamiento en un periodo máximo de tres meses¹². A este respecto, Chile cuenta con un sistema que permite valorar los tiempos de oportunidad en el acceso a la atención; sin embargo, estos desarrollos no se han realizado en muchos otros países de Latinoamérica, ni tampoco en Colombia¹².

Teniendo en cuenta lo anterior, el Instituto Nacional de Cancerología (INC), consideró la necesidad de evaluar el acceso y la oportunidad al diagnóstico y al tratamiento que tienen las mujeres con reporte de citologías de lesiones intraepiteliales de alto grado (LEIAG) o carcinomas infiltrantes como un elemento crítico que podría estar explicando el bajo impacto en la mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país. Para responder a esta tema se realizó un estudio retrospectivo en 4 departamentos de Colombia, Boyacá, Caldas, Tolima y Magdalena, departamento seleccionados por conveniencia¹², que reporta 27 % de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras sin 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. Sin embargo este estudio no incluyó ningún municipio del Valle del Cauca y menos aún Cali donde, contraria a la tendencia del país, la mortalidad de cáncer de cuello uterino se incrementa cada año.

La Secretaría Municipal de Salud de Cali ha reportado que los sitios donde se realiza mayor tamización y presencia de citologías anormales se encuentran concentrados en las comunas de la zona sur oriente y en la zona de ladera de la ciudad, y en esta última zona las Instituciones de Salud han logrado consolidar un trabajo con la participación de Universidades y la comunidad para el desarrollo de investigaciones e intervenciones que permitan abordar el comportamiento de carga de enfermedad del cáncer de cuello uterino en esa zona específicamente y en la ciudad^{9,13}.

Por todo lo descrito anteriormente este estudio pretende contestar la pregunta ¿Cuál es la oportunidad del acceso a los métodos diagnósticos y los factores asociados con la

misma, en mujeres con resultados de citología de Lesiones Intraepiteliales en una Empresa Social del Estado (ESE) en la ciudad de Santiago de Cali en el año 2010?

Los resultados de este estudio permitirán a los planificadores de salud y los responsables de la toma de decisiones optar por soluciones mejor informadas, con el objeto de lograr que los servicios de salud resulten equitativamente accesibles para todas aquellas mujeres que los necesitan.

2. MARCOS DE REFERENCIA

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Uso de servicios

El uso de servicios de salud ha sido definido como el resultado de la interacción entre la población a atender y el sistema de prestación de servicios¹⁴. En la década de los 60 Andersen¹⁵ propuso un modelo denominado “Modelo de comportamientos, Fase 1” para medir equitativamente el acceso a cuidado de salud y para asistir al desarrollo de políticas que promoviesen el acceso equitativo. Este modelo fue evolucionando en el tiempo hasta el Modelo de comportamientos, Fase 4.

En su Fase 1 trató de integrar aspectos relacionados con el cómo y el porqué se utilizaba los servicios de salud y se centraba en la familia como unidad de análisis porque, según el autor, el cuidado médico que los individuos recibían estaba más relacionado con características demográficas, sociales y económicas de la familia como unidad.

El modelo posteriormente se focalizó en el individuo como unidad de análisis debido a lo difícil de elaborar medidas al nivel familiar por la diversidad de sus integrantes. En este nuevo modelo los factores de predisposición, capacidad y necesidad de usar servicios de salud se relacionaron y su objetivo era identificar condiciones que propiciaban o imposibilitaban la utilización de servicios. La predisposición incluyó las variables relacionadas con la “propensión” que tienen los individuos para la utilización de los servicios. Estas características se encuentran antes de que ocurran episodios de enfermedad entre las que se identifican los aspectos demográficos, de estructura social y de comportamientos de salud. Los aspectos demográficos como edad y género reflejan condiciones biológicas que hacen pensar en la probabilidad de que las personas requieran servicios, los que hacen alusión con la estructura social se miden por un amplio rango de factores como el status de la persona en la comunidad y su capacidad para la utilización de los recursos disponibles cuando se presentan problemas. Mediciones clásicas de este aspecto incorporan educación, ocupación y etnia. Posteriormente se incorporó aspectos psicológicos entre los que se incluyeron disfunción mental, deterioro cognitivo y autonomía

La capacidad se refiere a los “medios” con que los individuos cuentan para utilizar los servicios; incluye los recursos propios del individuo y su familia con los que disponen, donde viven y trabajan (tales como el nivel de ingreso, la cobertura de seguro médico) y los atributos de la comunidad en la que vive (o sea, zona urbana o rural, región). La necesidad se refiere al nivel de enfermedad que es a su vez la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud, esta puede ser la que percibe el individuo o la que el sistema de salud determina.

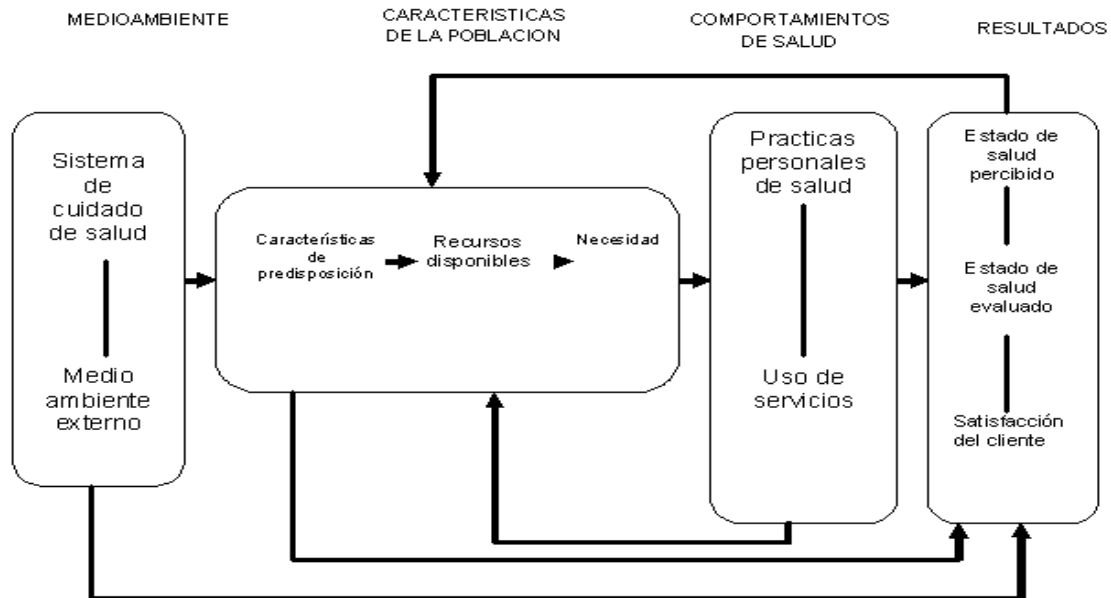
La principal meta del modelo fue proveer una medida del acceso a cuidado médico. Acceso potencial es definido como la presencia de recursos disponibles mientras el acceso realizado es el uso de servicios. El acceso equitativo e inequitativo son definidos de acuerdo a cuáles predictores del acceso realizado dominan.

En su Fase 2 desarrollada en la década de los 70 incluyó las características del sistema de cuidado de salud, reconociendo la importancia de las políticas nacionales de salud y los recursos y organización del sistema de cuidado de salud como un importante determinante del uso de servicios por la población. También se incluyeron las medidas de uso de servicios de salud incluyendo las que representan el tipo, sitio, propósito y coordinación de servicios recibidos en un episodio de enfermedad y se explicitó el resultado de los servicios de salud en la satisfacción del usuario^{16, 17}.

La Fase 3 del modelo se desarrolló en la década de los 90, reconociendo que los servicios de salud deben realizar mantenimiento y contribuir al estado de salud de la población tanto percibida por la población como evaluada por profesionales. Reconoce el medio ambiente externo (incluyendo el físico, político y económico) como un importante insumo para entender el uso de los servicios de salud así como las prácticas personales de salud como dieta, ejercicio y autocuidado que interactúan en el uso de servicios formales de salud e influyen los resultados en salud¹⁵. La inclusión de los resultados en el estado de salud replantean las medidas del acceso al incluir dimensiones particularmente importantes para las políticas y reformas en salud. Acceso efectivo se establece cuando el uso mejora el estado de salud o la satisfacción de los clientes con los servicios. Acceso eficiente se muestra cuando el nivel de estado de salud o el incremento de la satisfacción se relacionaron con la cantidad de servicios consumidos.

El último modelo desarrollado o Fase 4 describe las múltiples influencias en el uso de los servicios de salud y consecuentemente en el estado de salud. También incluye relaciones de realimentación que muestran cómo el ingreso afecta los factores de predisposición y necesidad percibida de servicios en los comportamientos de salud¹⁵ (Figura 1).

Figura 1 Modelo de comportamientos Fase 4



Fuente: Andersen R, Revising the behavioral model and Access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995 ;(1):1-10

2.1.2 Cáncer de cuello uterino

El cuello del útero también denominado cuello uterino es la parte inferior del útero (la matriz) y conecta el cuerpo del útero con la vagina. La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se denomina *endocérvis* y la parte próxima a la vagina, es el *exocérvis* (o *ectocérvis*).

Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en la *exocérvis*) y las células glandulares (en la *endocérvis*). El lugar donde estos dos tipos de células se unen se llama *zona de transformación*. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en el revestimiento de las células del cuello uterino. Estas células se transforman gradualmente en cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer y se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou o Citología de Cuello Uterino y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer. Algunos términos que describen estos cambios precancerosos son Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE) y Displasia.

El cáncer de cuello uterino al igual que los cambios precancerosos, se clasifica de acuerdo con el aspecto que presenta bajo el microscopio. Existen dos tipos principales: el *carcinoma de células escamosas* y el *adenocarcinoma*; aproximadamente un 80% a 90% de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan en las células escamosas que cubren la superficie de la *exocérvis*.

La mayoría de los cánceres de cuello uterino restantes son adenocarcinomas los cuales se han vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años. El adenocarcinoma del cuello uterino se origina a partir de las células de las glándulas productoras de mucosidad de la endocérvix; con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman *carcinomas adenoescamosos* o *carcinomas mixtos*.

Aunque los cánceres de cuello uterino se originan de células con cambios precancerosos (precánceres), sólo algunas de las mujeres con precánceres de cuello uterino padecerán cáncer. El cambio de precáncer a cáncer usualmente toma varios años, aunque puede ocurrir en menos de un año. En algunas mujeres, las células precancerosas pueden permanecer sin ningún cambio y desaparecer sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los precánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivo). El tratamiento de todos los precánceres puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos¹⁸.

2.1.2.1 Historia Natural de la Enfermedad

Hasta hace unos años se describía como una lenta progresión desde lesiones preinvasoras y displasias leves, moderadas y graves, hasta cáncer in situ (CIS) y finalmente, cáncer invasor. Ahora se acepta que el precursor directo del cáncer de cuello uterino es el ASCUS, el AGUS y la Lesión de Bajo Grado y que la mayor parte de las displasias, o neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) de bajo grado, regresan espontáneamente sin evolucionar hasta un cáncer y, por lo tanto, no es necesario tratar a todas las mujeres afectadas¹⁹⁻²¹.

El cáncer escamoso de cuello uterino está precedido por formas preinvasoras, o cánceres no invasores (NIC) que hoy se conocen como LEI (lesión escamosa intraepitelial) de bajo grado (VPH, NIC I) y LEI de alto grado (NIC II, NIC III, carcinoma in situ).

Las lesiones precursoras preceden al cáncer invasor del cuello uterino en un promedio de 10 años, aún cuando se ha encontrado, en menos del 10% de los casos, que lesiones preinvasoras pueden evolucionar a cáncer invasor en menos de 4 años. Sin embargo, no todas las lesiones preinvasoras van a terminar en cáncer invasor. Las tasas de progresión a cáncer de cuello uterino son de 1% para NIC I, 5% para NIC II, y 12 % para NIC III, en tanto que las tasas de regresión espontánea son de 57%, 43% y 32%, respectivamente²².

En este sentido el proceso de la enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales-NIE-I, II y III o carcinoma in situ – CIS–, de acuerdo a la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido²³⁻²⁴. La prevalencia global de estas lesiones pre invasoras es de 10 a 15% con edades de máxima prevalencia entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 años para NIE III, mientras la tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%²⁵⁻²⁶. Este rango tan amplio se explica por las

diferencias en las condiciones de los países, las estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, los medios socioculturales y los estándares de atención sanitaria.

Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos, mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 32%²⁷⁻²⁸. La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5²⁹. Debido a estos diferentes comportamientos evolutivos, se considera al NIE I como NIE de bajo grado y a las NIE II y III como de alto grado.

La gran mayoría (95%) de los carcinomas escamocelulares del cuello uterino están asociados a infección por virus del papiloma humano (VPH), pero no es el único factor para explicar la etiología del cáncer de cuello uterino, algunos estudios sugieren que la infección por VPH es el factor de riesgo asociado más importante²². El cáncer invasor muestra niveles aumentados de proteínas E6 y E7, que son codificadas por el VPH oncogénico y antagonizan las proteínas supresoras tumorales p53 y PRB, alterando la regulación del crecimiento celular²²

Los serotipos virales más frecuentemente asociados son el 16 y el 18, aunque más de 20 de los 70 y más tipos identificados aparecen asociados con el cáncer de cuello uterino. Otros factores de riesgo identificados hasta ahora son: tener más de dos compañeros sexuales en menos de seis meses, primer coito antes de los 17 años, edad temprana en el primer embarazo completado, Multiparidad, enfermedades de transmisión sexual, inmunodeficiencia (VIH entre otras), exposición in útero al dietil estilbestrol (carcinoma de células claras), infección con clamidia, tabaquismo, Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, alimentación, píldoras anticonceptivas, nivel socioeconómico bajo, otras neoplasias del tracto genital inferior, factores masculinos (tener más de dos compañeras sexuales en menos de seis meses, antecedente de carcinoma de pene, antecedente de compañera con cáncer de cuello uterino)^{18, 22}.

2.1.2.2 Cuadro Clínico

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan sino hasta que un precáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente, es decir, se encuentra en estados más avanzados, el síntoma más frecuente es el sangrado anormal, que ocurre hasta en 80% de los casos, tal como sangrado después de sostener relaciones sexuales (coito vaginal), sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. .

Otros síntomas son: leucorrea acuosa persistente o leucorrea purulenta, sinusorragia (sangrado postcoito), dispareunia, secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia), dolor pélvico, pérdida de peso, síntomas urinarios y/o digestivos que son tardíos,

tenesmo, hematuria, estreñimiento, hiporexia, sensación de plenitud, distensión abdominal^{18, 22}.

2.1.2. 3 Diagnóstico

El diagnóstico del cáncer de cuello uterino es histológico. El esquema diagnóstico de las lesiones preinvasoras e invasoras del cuello uterino incluye universalmente la realización de cuatro procedimientos que van desde la citología, colposcopia, biopsia hasta la conización³⁰.

La Citología cervicouterina

También llamada **Prueba de Papanicolaou** descrita por Papanicolaou y Traut en 1941³¹ se ha convertido en el método sencillo y económico más efectivo para el tamizaje; y se considera el factor más importante para la disminución de las formas invasoras. Debe realizarse anualmente a todas las mujeres mayores de 18 años o a las mujeres que tienen vida sexual activa, independiente de la edad. Si es normal por 3 años consecutivos, se puede realizar posteriormente cada dos a tres años, excepto en pacientes con múltiples factores de riesgo, en quienes se aconseja control anual.

El uso de la citología como método de tamizaje para el cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. La citología de cuello uterino no es un procedimiento diagnóstico por sí solo, ya que los cambios citológicos anormales encontrados a través de ella deben siempre ser confirmados mediante el estudio histológico del tejido obtenido por la biopsia o la conización, cuando esta última esté indicada³². La meta fundamental de la investigación citológica cervical es identificar a las mujeres que requieren evaluación adicional con colposcopia para detectar la presencia de lesiones precursoras de cáncer. La progresión de displasia de bajo grado a displasia de alto grado toma un promedio de 9 años, y la progresión de la displasia de alto grado a cáncer invasor de 3 meses a 2 años; la historia natural de la displasia cervical ha demostrado que la progresión de lesiones de bajo grado a cáncer es evitable. De hecho, hasta el 70% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LEI BG) se resuelven espontáneamente en 1 ó 2 años³³.

La sensibilidad (proporción de personas con una enfermedad que tienen un resultado positivo en una prueba diagnóstica) de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70% a 80%, lo anterior implicaría que hay entre un 20% a 30% de mujeres que teniendo lesiones de Alto grado, la prueba no las detecta o identifica, esto se conoce también como falsos negativos, de allí la importancia de que las mujeres se realicen la toma de citología en la periodicidad definida cuando no se detectan resultados anormales en la misma.

Adicional a lo anterior hay una serie de factores que limitan la sensibilidad de esta prueba entre ellos se incluyen: Tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de una pocas células anormales en la muestra,

tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo³³.

Los resultados de Citología de cuello uterino se reportan en el Sistema Bethesda (TBS por sus siglas en Inglés- US National Cancer Institute)³⁵, que es el más aceptado universalmente y considera la información referente a VPH como parte de los criterios citológicos para definir los grados de lesión. Bajo este sistema se reportan las anomalías celulares como: ASCUS (atipias escamosas de significado indeterminado), AGUS (atipias glandulares de significado indeterminado), compatible con LEI de bajo grado o LEI de alto grado o compatible con cáncer invasor. En el seguimiento, la mayoría de estas anomalías regresan a normal, y en algunos casos constituyen lesiones de bajo grado persistentes o lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) oculta (20% de las de bajo grado y 10% de las ASCUS)³⁰.

En el Sistema Bethesda entonces existen tres categorías principales para informar los resultados de las citologías, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías:

Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer, Anomalías de las células epiteliales, y Otras neoplasias malignas.

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

Anomalías de las células epiteliales: la segunda categoría, anomalías de las células epiteliales, significa que las células que recubren el cuello uterino o la vagina muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna afección precancerosa. Esta categoría se divide en varios grupos para las células escamosas y las células glandulares.

Las anomalías de las células epiteliales para las células escamosas son:

Células Escamosas Atípicas (ASCs): Este término se usa cuando existen células que lucen anormales, pero que no es posible saber (mediante la observación de las células con un microscopio) si esto se debe a infección, irritación o es un precáncer. Este grupo se divide aún más en dos grupos: *Células Escamosas Atípicas de Importancia incierta o indeterminada (ASC-US)* y *Células Escamosas Atípicas Sugestivas de Lesiones Intraepiteliales de Alto grado (ASC-H)*. La ASCUS ocurren con una frecuencia menor de 5% y deben investigarse factores asociados como: atrofia e infección por VPH. La mayor parte del tiempo, las células identificadas como ASC-US no son precancerosas.

Los médicos están menos seguros sobre qué hacer cuando el resultado de una prueba de Papanicolaou muestra células escamosas atípicas (ASC). Para decidir qué hacer se toman en cuenta la edad, los resultados previos de la prueba de Papanicolaou, si tiene factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino, y si el resultado de la prueba es ASC-H o ASC-US. Las mujeres de 20 años o menos con resultados de Papanicolaou que muestran ASC-US tienden a ser observadas sin necesidad de tratamiento. Para las mujeres de al menos 21 años de edad con ASC-US, los expertos recomiendan colposcopia, repetir una prueba de Papanicolaou en seis meses o la prueba de VPH ADN. Si la prueba de VPH da positivo, se realizará una colposcopia. Algunos médicos usan la prueba VPH ADN para ayudarlos a decidir si hay que hacer una colposcopia. Si se detecta un VPH de alto riesgo, es probable que el médico ordene una colposcopia. Para ASC-H, muchos médicos recomendarán colposcopia y biopsia¹⁸. Para los ASC-US se determina un tratamiento adecuado y se repite la citología cervicouterina en 4-6 meses. Si persiste la ASCUS, debe llevarse la paciente a colposcopia, biopsias dirigidas y dar tratamiento de acuerdo a los hallazgos. Si la segunda citología es negativa, se realizan citologías cada 6 meses por 2 años. La ASC-US tienen una probabilidad del 5-17% de corresponder a una Lesión Intraepitelial de Alto grado y 0,1% a 0,2% de corresponder a cáncer invasivo. Si los resultados de la prueba de Papanicolaou se identifican como ASC-H, esto significa que se sospecha de una Lesión Intraepitelial (SIL) de alto grado. Se recomienda entonces una colposcopia. Un ASC-H tiene un 24-94% de probabilidad de corresponder a un LIE de alto grado^{18, 22, 36}.

Lesiones Intraepiteliales Escamosas (SIL o LEI): Estas anormalidades se dividen en *SIL de Bajo Grado* y *SIL de Alto Grado*. Todas las pacientes con este resultado de prueba Papanicolaou deben hacerse una colposcopia. Las SIL de alto grado tienen una tendencia menor a desaparecer sin tratamiento que las SIL de bajo grado y tienen una tendencia mayor a convertirse en cáncer si no se tratan. No obstante, todas las SIL se pueden curar con tratamiento y esto evita que se origine un cáncer verdadero. Una prueba de Papanicolaou no puede determinar por seguro si una mujer tiene un SIL de bajo grado o de alto grado. Simplemente, coloca el resultado en una de estas categorías de anomalía. Todas las pacientes con un resultado de prueba de Papanicolaou de SIL deben hacerse una colposcopia. La necesidad de tratamiento se basa en los resultados de las biopsias realizadas durante la colposcopia. Debido a que la mayoría de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas son positivas para VPH, las pruebas del VPH no se usan para decidir si una mujer con SIL en los resultados de una prueba de Papanicolaou necesita una colposcopia. Entre un 15-30% de SIL de bajo grado corresponden a LIE Alto Grado. La prevalencia de Displasia leve "LIE de bajo grado" es mayor entre mujeres de 20-24 años de edad. Aproximadamente entre el 70-75% se confirma LIE de alto grado por biopsia y 1-2% se identifican lesiones invasivas^{18, 37}.

Carcinoma de células escamosas: este resultado significa que la mujer tiene mayores probabilidades de padecer un cáncer invasivo. Se estarán realizando estudios adicionales para asegurarse del diagnóstico antes de que se pueda planear el tratamiento.

Las anomalías de las células epiteliales para las células glandulares son:

Células glandulares atípicas de Significado Indeterminado (AGSI, AGUS ó AGCs):

Cuando las células glandulares no lucen normales, pero tienen características que impiden que se pueda tomar una decisión clara con respecto a si son cancerosas, el término que se usa es células glandulares atípicas (AGCs). Generalmente se le hacen más pruebas a la paciente para ver si el resultado de la citología de su cuello uterino muestra células glandulares atípicas.

La AGUS se presenta en 0,2% a 0,6 % de todas las citologías y hasta en 15% a 20% de los casos se asocia con lesiones del endocérnix, del endometrio, e incluso se le ha asociado con neoplasias de tipo ovárico. Requiere investigación exhaustiva. Debe realizarse colposcopia, biopsia del endocérnix, biopsia del endometrio; si estos resultados son negativos, debe tomarse una nueva citología en 3 meses y si el resultado de esta nueva citología es positiva para AGUS, se deben repetir la colposcopia, biopsias dirigidas, biopsias del endocérnix uterino y biopsia de endometrio y ecografía transvaginal. Si todos estos estudios son negativos y persiste la presencia de AGUS, debe plantearse la necesidad de hacer un cono endocervical o cono diagnóstico y legrado endometrial, previa histeroscopia (es el examen visual del canal del cuello uterino y del interior del útero, utilizando un histeroscopio). Si la nueva citología es negativa, se deben hacer controles cada 6 meses, por 2 años.

Adenocarcinoma: Los cánceres de las células glandulares se llaman adenocarcinomas. En algunos casos, el patólogo que examina las células puede indicar si el adenocarcinoma comenzó en el endocérnix, en el útero (endometrio) o en alguna otra parte del cuerpo.

Otras neoplasias malignas: Esta categoría se refiere a formas de cáncer que rara vez afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas. Otras descripciones de los resultados de la prueba de Papanicolaou también se han utilizado en el pasado.

La Colposcopia.

Ideada por Hinselmann³⁸ en Alemania en 1925 tiene una mayor sensibilidad que la citología pero tiene menor especificidad para evitar procedimientos invasivos (biopsias y conizaciones) innecesarios y adicionalmente es más costosa. La Colposcopia entonces es un procedimiento para magnificar la visualización del cuello uterino, cuyo objetivo es dirigir las biopsias y determinar la extensión de las lesiones. Consiste en la visualización y amplificación del cuello uterino mediante un sistema binocular de lentes entre 25 y 40 aumentos que permite la observación de las estructuras del cuello uterino mediante la asociación con imágenes preestablecidas. Al combinar la citología y la colposcopia la seguridad diagnóstica excede el 95%³¹.

Biopsia cervical.

La biopsia cervical consiste en la escisión de uno o más fragmentos del epitelio cervical³⁹ para estudio histológico. Existen varios tipos de biopsias que se utilizan para diagnosticar un cáncer o un precáncer de cuello uterino, estas son: La biopsia colposcópica, Curetaje endocervical (raspado endocervical) y la biopsia cónica (conización). Si la biopsia puede extirpar completamente todo el tejido anormal, éste puede que sea el único tratamiento necesario. La Biopsia cervical puede jugar entonces un doble papel como medio de diagnóstico y como tratamiento (los bordes no están comprometidos con lesión y se reportan como sanos⁴⁰⁻⁴¹). Los términos usados para reportar los resultados de las biopsias son un poco diferentes a los utilizados por el Sistema Bethesda para reportar los resultados de la prueba de Papanicolaou. A los cambios precancerosos se les llama neoplasia intraepitelial cervical o rara vez, displasia en lugar de lesión intraepitelial escamosa (SIL). Los términos para reportar los cánceres (carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma) son los mismos¹⁸.

Biopsia colposcópica: para este tipo de biopsia un proveedor de atención médica examina primero el cuello uterino con un colposcopio para detectar áreas anormales, es decir, la biopsia se toma dirigida por colposcopia en ausencia de lesiones macroscópicas. Se utilizan pinzas de biopsia para extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal en la superficie del cuello uterino. El procedimiento de biopsia puede causar dolor de calambres leve o dolor de breve duración y es posible que presente posteriormente un ligero sangrado. Algunas veces, se usa un anestésico local para anestesiarse el cuello uterino antes de la biopsia.

La biopsia también puede ser orientada en caso de no contar con la colposcopia que es lo ideal, mediante la prueba de Schiller, se aplica solución de yoduro de potasio sobre el cuello uterino y se toman los fragmentos de cérvix de las zonas yodonegativas, es decir, en donde el yodo no fue fijado por ausencia del glucógeno del epitelio normal ausente. En ausencia de facilidades para realizar la colposcopia y la prueba de Schiller, se debe recurrir a la biopsia de los cuatro cuadrantes, es decir, se toma una biopsia de cada cuadrante del cuello uterino de los sitios visualmente más representativos. Todos los tejidos obtenidos deben rotularse según el sitio de su procedencia (cérvix, endocervix), fijarlos en formol al 10%, identificarlos con los datos de la persona y enviarlos al laboratorio para su análisis. Debe recordarse siempre que únicamente el estudio histológico establece el diagnóstico definitivo de la lesión⁴⁰.

Curetaje endocervical (raspado endocervical)

Algunas veces, la zona de transformación (el área en riesgo de infección con VPH y precáncer) no se puede ver con el colposcopio, es decir no se puede definir el límite de la lesión en el canal endocervical y persiste la sospecha de lesión en el endocervix. En esa situación, se tiene que hacer algo distinto para examinar esa área y determinar si hay cáncer. Esto significa hacer un raspado en el endocervix al insertar un instrumento estrecho (la cureta) en el canal endocervical (el conducto entre la parte externa del cuello

uterino y la parte interna del útero), esto es conocido como curetaje endocervical. La cureta (cureta de Novak) se usa para raspar el interior del canal con el fin de extraer algo del tejido que luego se envía al laboratorio para un examen. Después de este procedimiento, los pacientes pueden sentir retorcijones y también pueden presentar algo de sangrado, por lo general, este procedimiento se lleva a cabo durante el mismo tiempo que la biopsia colposcópica¹⁸.

Biopsia Cónica o conización

Se define como la resección de un fragmento de cuello uterino en forma de cono, con base en el exocérnix y vértice en la parte alta del endocérnix, cerca del orificio cervical interno. Las medidas del cono son variables, de acuerdo al tamaño del cuello uterino, pero debe incluir en su base toda la zona de transformación (el límite entre el exocérnix y el endocérnix) pues esta es el área del cuello uterino donde es más probable que se origine un cáncer o un precáncer y tener una altura tal que llegue hasta por lo menos 5 mm del orificio cervical interno. En pacientes jóvenes con deseo de reproducción y sin alta sospecha de patología endocervical superior, la conización diagnóstica no debe tener vértice muy alto. Es un medio de diagnóstico y tratamiento (los bordes no están comprometidos con lesión y se reportan como sanos)⁴⁰⁻⁴¹. La biopsia cónica se puede usar como tratamiento para extirpar por completo muchos precánceres, así como tumores cancerosos en etapas muy tempranas.

En pacientes jóvenes con deseo de reproducción y sin alta sospecha de patología endocervical superior, la conización diagnóstica no debe tener vértice muy alto. Hacerse una biopsia cónica no evitará que la mayoría de las mujeres queden embarazadas, aunque las mujeres a quienes se les extirpa una gran cantidad de tejido mediante la biopsia pueden tener un riesgo mayor de partos prematuros.

Entre sus indicaciones se encuentran²²:

1. Falta de correlación entre los hallazgos citológicos, colposcópicos e histológicos (teniendo la citología o la colposcopia una lesión por lo menos dos grados mayor que la biopsia).
2. Cuando se diagnostica carcinoma microinvasor.
3. Cuando hay sospecha de lesión endocervical alta.
4. Cuando se diagnostica adenocarcinoma in situ, por biopsia.
5. Como parte del estudio de AGUS.

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

2.1.2.4 Clasificación Histopatológica^{18, 22}

De acuerdo a los hallazgos histológicos el Cáncer de cuello uterino se clasifica en Carcinoma de Células escamosas, Adenocarcinomas y otros tumores epiteliales.

Carcinoma de células escamosas: Carcinoma escamocelular microinvasor, Carcinoma de células escamosas invasor, Carcinoma verrucoso, Carcinoma condilomatoso, Carcinoma papilar de células escamosas (transicional), Carcinoma similar a linfopitelioma.

Adenocarcinoma: Adenocarcinoma mucinoso (Tipo endocervical, tipo intestinal y el de células en anillos de sello), Adenocarcinoma endometriode (Adenocarcinoma endometriode con metaplasia escamosa), Adenocarcinoma de células claras, Adenocarcinoma de desviación mínima (Tipo endocervical -adenoma maligno- y tipo endometriode), Adenocarcinoma seroso, Carcinoma mesonéfrico, Adenocarcinoma villoglandular bien diferenciado.

Otros tumores epiteliales: Carcinoma adenoescamoso, Carcinoma de células vidriosas, Carcinoma mucoepidermoide. Carcinoma adenoide quístico, Carcinoma basal-adenoide, Tumor similar a carcinoide, Carcinoma de células pequeñas, Carcinoma indiferenciado

2.1.2.5 Estadificación

La clasificación por etapas (estadios) o estadificación es el proceso de determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer. Se basa en la clasificación clínica antes del tratamiento y es inmodificable, así aparezcan nuevas condiciones en otro momento de la enfermedad. Se utiliza la información de los exámenes y pruebas de diagnóstico para determinar el tamaño del tumor, hasta qué punto éste ha invadido los tejidos dentro o alrededor del cuello uterino y la propagación a los ganglios linfáticos u otros órganos distantes (metástasis). Este es un proceso importante porque la etapa del cáncer es el factor más relevante para seleccionar el plan de tratamiento adecuado^{18, 22}.

La etapa de un cáncer no cambia con el paso del tiempo, incluso si el cáncer progresa. A un cáncer que regresa o se propaga se le sigue conociendo por la etapa que se le asignó cuando se encontró y diagnóstico inicialmente, sólo se agrega información sobre la extensión actual del cáncer. Una persona mantiene la misma etapa de diagnóstico, pero se agrega más información al diagnóstico para explicar la condición actual de la enfermedad.

Un sistema de clasificación por etapas es un método que utilizan los especialistas en cáncer para resumir el grado de propagación de un cáncer. Los dos sistemas utilizados para clasificar por etapas (estadios) la mayoría de los tipos de cáncer de cuello uterino son el sistema FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) y el sistema TNM de la AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) los cuales son muy similares. Ambos sistemas clasifican el cáncer de cuello uterino basándose en tres factores: el alcance del cáncer (**Tumor**), si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos (**Nódulos**), y si se ha propagado a órganos distantes (**Metástasis**). La actualización más reciente del Sistema TNM del AJCC, entró en vigor en enero de 2010. Este sistema clasifica la enfermedad en etapas de 0 a IV. La clasificación por etapas o estadificación se basa en los hallazgos clínicos en vez de los hallazgos de la cirugía. Esto significa que la

extensión de la enfermedad se evalúa por medio del examen físico y algunas otras pruebas que se realizan en algunos casos, tales como la cistoscopia y la proctoscopia (no se basa en los hallazgos de la cirugía). Si se hace una cirugía, ésta puede mostrar que el cáncer se ha propagado más de lo que se pensaba inicialmente. Esta nueva información pudiera cambiar el plan de tratamiento, pero no cambia la etapa de la paciente.

Agrupación de las etapas

Para asignar una etapa a la enfermedad, se combina la información sobre el tumor, los ganglios linfáticos y cualquier propagación del cáncer. Este proceso se conoce como *agrupación por etapas*. Las etapas se describen usando el número 0 y con números romanos del I al IV. Algunas etapas se dividen en subetapas indicadas por letras y números¹⁸.

2.1.2.2 Programas de detección oportuna de cáncer de Cuello Uterino

La historia natural del cáncer de cuello de útero constituye un elemento importante para el diseño de programas de prevención y control efectivos en función de su costo⁴².

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria. La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical. La prevención secundaria, se relaciona con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas de la enfermedad, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical²⁰. Las intervenciones en los programas de detección de cáncer se orientan a la detección temprana de pacientes con cambios sugestivos a fin de realizar diagnósticos confirmatorios y suministrar el tratamiento adecuado que permita limitar el daño y disminuir la mortalidad por esta causa.

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

Las pruebas de tamizaje deben someterse a un estricto control de calidad, ya que cuando se producen resultados positivos falsos, la mujer es sometida a nuevas pruebas diagnósticas y en ocasiones, a tratamientos innecesarios. Los resultados negativos falsos constituyen, por otro lado, uno de los problemas más difíciles para cualquier programa,

pues la mujer adquiere una falsa sensación de seguridad que podría atrasar el diagnóstico y el tratamiento.

Muchos servicios de salud solamente se comunican con la mujer cuando el resultado del Papanicolaou es positivo. Para fomentar la adherencia al programa es importante, sin embargo, notificar también a las mujeres con resultados negativos y advertirles que es imposible descartar por completo la posibilidad de que se presenten signos y síntomas de cáncer del cuello de útero antes de su próxima prueba⁴³.

Se considera que solamente las displasias de alto grado son lesiones precursoras verdaderas que pueden progresar hasta convertirse en cáncer cervicouterino. Las NIC son, en general, bastante frecuentes, se presentan en 5,5% de las mujeres de 20 a 29 años y en 2,6% de las mujeres de 50 a 59 años. Si bien el riesgo de desarrollar cáncer aumenta con la edad, las mujeres jóvenes se someten al Papanicolaou con más frecuencia, pues se aprovecha la oportunidad de una consulta prenatal o de planificación familiar⁴⁴.

Por ahora, la mejor manera para detener el cáncer de cuello uterino en etapa inicial es asegurándose de que todas las mujeres se realicen las pruebas de acuerdo con las guías definidas por las autoridades sanitarias en cada país... Lamentablemente, muchas de las mujeres con mayor riesgo de cáncer de cuello uterino no se están realizando las pruebas o se las están realizando con una frecuencia incorrecta.

En varios países en que se ha estudiado la cobertura de la citología cervical se ha observado que la frecuencia con que las mujeres acuden a su cita disminuye conforme aumenta la edad y que muchas de las mujeres mayores de 50 años nunca en su vida se han sometido a una citología³⁰. La cobertura de la población femenina constituye el primer eslabón en la organización de un programa. Si bien la organización de un programa de detección oportuna de por sí representa un problema médico e institucional de relativa complejidad, no es menos importante examinar el programa desde el punto de vista de las mujeres, pero primero es necesario reconocer que los diferentes grupos de población tienen diferente acceso a los servicios de salud y que las mujeres no se comportan como un grupo homogéneo. Aun cuando el acceso a los servicios de citología también está condicionado por el grupo social al que se pertenece, existen algunas barreras comunes que se relacionan específicamente con cuestiones de género.

De todo lo antes dicho se desprende que los programas de detección oportuna de cáncer cervicouterino comprenden una serie de componentes, de los cuales la toma del Papanicolaou es solamente uno; es necesario garantizar que todas las mujeres tengan acceso al tratamiento que necesiten, pues de lo contrario el programa tendrá serios problemas éticos. Puesto que el tamizaje abarca todo un proceso que incluye el procesamiento de la muestra en el laboratorio, bajo condiciones de control de calidad, así como el diagnóstico y el tratamiento, vale la pena destacar que su eficacia ha sido demostrada en varios estudios en que se han comparado los antecedentes de

Papanicolaou de mujeres que tuvieron cáncer invasor con los de mujeres de la misma edad que no lo tuvieron. Los resultados de estos trabajos indican que las mujeres que no se hacen el Papanicolaou tienen un mayor riesgo de llegar a padecer un cáncer invasor que las que sí se lo hacen⁴⁵, lo cual confirma la eficacia de la detección oportuna.

La OMS señala que los servicios de detección mediante la citología deben ser accesibles, tanto en distancia como en horario de atención, a toda la población en riesgo de contraer cáncer de cuello uterino y que, en los sitios donde no hay ginecólogos o suficientes médicos, las muestras de citología cervical pueden ser tomadas por enfermeras o auxiliares adiestradas con tal fin, estableciendo, por consiguiente, programas de adiestramiento para este personal y la metodología que debe seguirse en forma estricta y controlada⁴⁶.

2.1.3 El Marco de Estudio

Teniendo en cuenta todo lo anterior en este estudio se tuvo como referente la última versión del modelo desarrollado por Andersen que incluye las características medioambientales, características de la población, prácticas de salud y resultados en salud

En ese orden de ideas el Modelo en aspectos como el medioambiente se incluyen elementos del **medio ambiente externo** como barrio de residencia, comuna de residencia, ubicación urbana o rural de la residencia de la usuaria, si las usuarias tenían o no aseguramiento, la descripción de la aseguradora o de la entidad que realiza funciones de aseguramiento. El otro elemento en el Medio ambiente es el **Sistema de Ciudad de Salud** comuna del punto de atención de la ESE Ladera, Ubicación urbana o rural de la IPS punto de atención de la ESE Ladera, Aseguramiento, Ingreso al Seguimiento, Valoración médica de ingreso al seguimiento con resultado de citología anormal, solicitud de exámenes diagnósticos en la valoración médica de ingreso, Realización de exámenes diagnósticos (biopsia/colposcopia), Consulta de valoración médica de resultados de exámenes diagnósticos, Ruta de Atención estandarizada para Diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino Adecuado, Seguimiento a la citología anormal

En lo relacionado con características de población se incluyen **características de predisposición** se relacionan con la Edad, la etnia, discapacidad, Multiparidad, antecedentes de cauterización o procedimientos en cuello uterino, antecedentes de citología anormal, Resultado de última citología. Otro elemento importante en Características de la Población son **Los recursos disponibles**: Si tiene aseguramiento o no, Tipo de Aseguramiento: Subsidiado, Contributivo, No asegurado (Población Pobre no asegurada) con carta del Sisben, sin Carta del Sisben, Régimen de excepción, Estado Civil, Nivel educativo, Ocupación, , Nivel de clasificación del SISBEN, y rango salarial, finalmente en este componente también se evalúa **la Necesidad** como el resultado de la

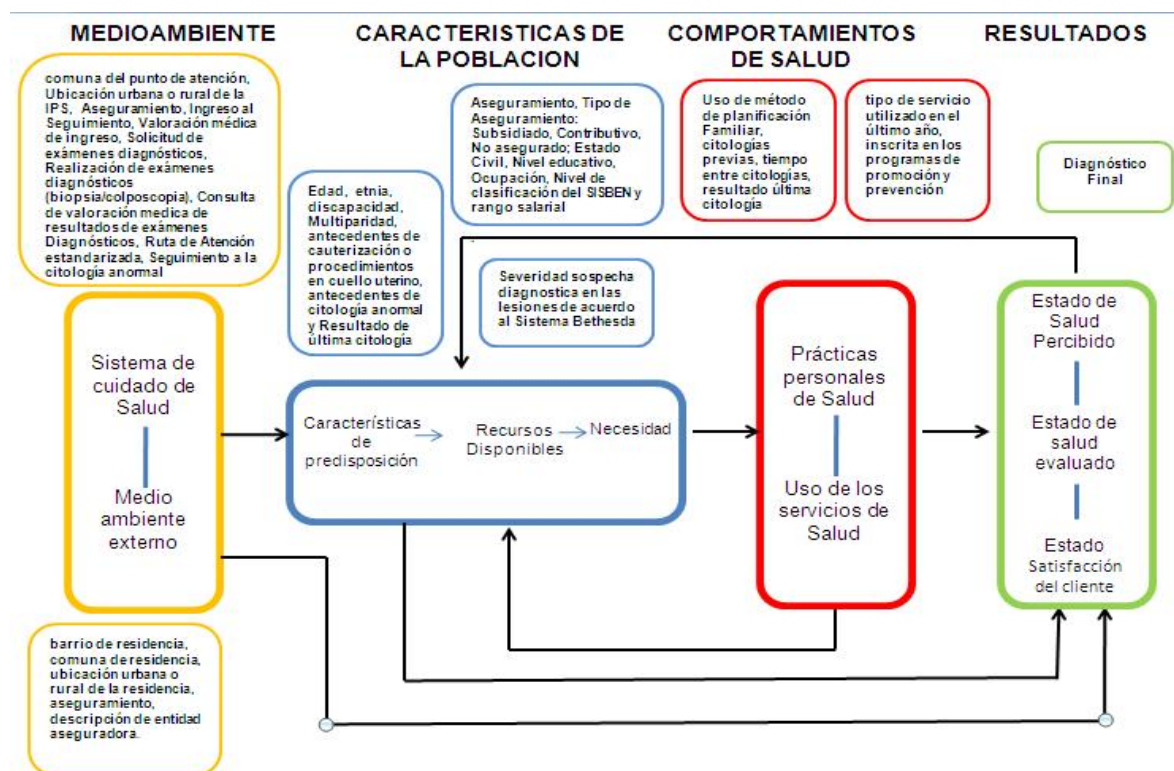
citología anormal en relación con la Severidad de la sospecha diagnostica en las lesiones de acuerdo al Sistema Bethesda.

En **comportamientos de salud** se revisan las variables de **Prácticas personales de salud**: Uso de metodo de planificación Familiar, citologías previas, tiempo entre citologías, resultado última citología, en relación a **uso de los servicios de salud**, tipo de servicio utilizado (Urgencias, Hospitalización, Consulta Externa) en el último año, Si está inscrita en los los programas de promoción y prevención.

En **resultados** se incluye lo relacionado con el **estado de salud evaluado** que seria el único elemento del modelo teorico al cual se podria acceder en este estudio y hace referencia al hecho que la usuaria tenga un diagnóstico final a partir del acceso a metodos diagnósticos tras el resultado de la citología anormal entregado en la valoración médica. Dentro del marco del estudio, en relación a la variable dependiente, lo que se espera es que las usuarias tengan acceso a los métodos diagnósticos y a un diagnostico final, pero que ese acceso sea oportuno, en ese sentido se podrian presentar tres situaciones que la usuaria tenga un acceso a diagnóstico final adecuado que hace referencia en este estudio a que sea oportuno, que tenga un acceso a diagnóstico final no adecuado o inoportuno, o que el diagnóstico final sea indeterminado (no se encuentran las evidencias para identificar si tuvo o no un diagnóstico final).

La figura No. 2 presenta el esquema del modelo aplicado a este estudio

Figura 2 Modelo de comportamientos Fase 4 ajustado al estudio



Fuente: Adaptado de Andersen R, Revising the behavioral model and Access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995 ;(1):1-10

2.2 Estado del arte

Uno de los retos de los servicios de salud es asegurar la continuidad de cuidado adecuado y oportuno para los pacientes con el fin de lograr la mejor calidad y cantidad de vida⁴⁷, situación que aplica a todas las patologías pero con particular importancia en el caso del cáncer donde el diagnóstico en una etapa avanzada de la enfermedad es a menudo identificado como la principal causa de morbilidad y mortalidad como resultado de complejas interacciones entre múltiples factores, incluyendo las disparidades en la detección, diagnóstico y tratamiento⁴⁸.

Los Programas de toma de Citología sólo pueden ser eficaces si a los resultados anormales se les realiza la gestión del seguimiento para un diagnóstico oportuno⁴⁹, por ello el Sistema Bethesda se plantea como una opción de unificar la terminología relacionada con el tema y definir una orientación clara de los pasos para el diagnóstico y la gestión a través de las directrices de consenso de la Sociedad Americana de Patología Cervical y Colposcopia con el fin de asegurar una mejor detección y tratamiento oportunos⁵⁰.

El proceso de atención para pacientes con citología anormal comprende desde la detección hasta la fase de contra referencia y rehabilitación, Roger y Nasiell resaltan la importancia de un seguimiento periódico de las pacientes diagnosticadas con displasias leves, teniendo en cuenta que en más de la sexta parte de los casos hay probabilidades de que la enfermedad progrese⁴² por tanto el seguimiento de las mujeres con anomalía citológica es una actividad esencial de los programas de salud pública⁵¹⁻⁵²; en algunos países como Chile, la pérdida en el seguimiento de pacientes con citología anormal es un indicador que el programa ha fallado⁵² mientras algunos autores plantean que en los sitios donde los recursos son limitados, los esfuerzos deben centrarse en la búsqueda de las mujeres con resultados anormales en la prueba de citología en lugar de utilizar los recursos en informar a las mujeres de los resultados negativos que no requieren seguimiento¹².

En Colombia, donde se asume la premisa de que prácticamente la totalidad de las mujeres sabe que la citología sirve para prevenir el cáncer de cuello uterino⁵³, se espera que las mujeres a quienes se les informa que tienen una anomalía citológica, y no tienen barreras de acceso a la red de servicios, continúen el proceso de atención hasta llegar al tratamiento

Los estudios relacionados con seguimiento a pacientes con citología anormal presentan resultados que oscilan entre 5.6%⁵⁴ a 80% aunque el hallazgo más típico ha sido 50%⁵⁵⁻⁷², sin embargo debido a la variabilidad de situaciones en las que se identifican estas cifras difícilmente pueden ser comparables debido entre otros aspectos a la definición de seguimiento y de la población de estudio.

Un estudio publicado por Zapka J et al en el año 2010 revisó los factores y las intervenciones asociadas con el seguimiento de pruebas anormales de cuello uterino, cáncer de mama y colorrectal. Se sintetizaron 12 revisiones de estudios descriptivos y de intervención publicados entre 1980 y 2008. Hubo gran variabilidad en la definición de seguimiento, el establecimiento de la población de estudio y las tasas de prevalencia reportadas. En este estudio la correlación de las características del paciente incluidas en el seguimiento incluyo (por ejemplo, el conocimiento y la edad), el apoyo social, características del proveedor de servicios de salud y la práctica del seguimiento (contar con sistemas de recordatorios), la comunidad y normas profesionales (medidas de calidad), y la política (programas federales). Las intervenciones efectivas en el seguimiento incluyeron la educación del paciente y de apoyo, cambios en los diseños de sistemas de entrega de la citología, como el internet, y los cambios del sistema de información, sobre todo en el seguimiento de pacientes y recordatorios médicos. Pocos estudios de los revisados se centraron explícitamente en las interfaces y las medidas de atención, tales como la comunicación entre la atención primaria y los especialistas, o de identificar simultáneamente los factores específicos que afectan a varios niveles de atención. En este estudio se concluyó que la práctica y las prioridades futuras de investigación deben incluir el desarrollo de claras definiciones operativas de los pasos y las interfaces relacionadas con los pacientes, proveedores y las organizaciones, que reflejen la evolución de las directrices y las nuevas tecnologías. También concluyo que se deben determinar las prioridades para las pruebas de intervención, para mejorar las medidas a realizar y aplicar diseños de estudios apropiados⁷³.

En Tailandia se reporto una adherencia de los pacientes al seguimiento del 67%⁷⁴ al igual que en Estados Unidos particularmente en California donde se reportó una pérdida para el seguimiento de 23,7 donde el intervalo de tiempo desde la prueba de citología hasta el diagnóstico varió desde 26 hasta 121 días; el tiempo promedio aumentó con la gravedad de la anormalidad y fue más largo para los resultados de cáncer⁷⁵.

En América Latina se reportan estudios en Perú, México y Colombia. En Perú se identificó un pobre seguimiento en mujeres con anormalidad citológica, sólo 25% de las mujeres con citología anormal con lesiones intraepiteliales llegaron a confirmación diagnóstica⁷⁶ mientras en México se registró una tasa acumulativa de abandono de la atención médica en 20,7 % en mujeres con lesiones cervicales donde la mayoría de los casos de abandono ocurrieron en la fase de diagnóstico (60%)⁷⁷.

En Colombia se encontró 27 % de las mujeres con lesiones de alto grado o invasoras sin acceso a alguno de los servicios diagnósticos o terapéuticos. El promedio de días desde la toma de la citología y el reporte de la misma durante 2005 y 2006, fue de 36 y 35 días respectivamente. Durante estos años se observó en algunos municipios un promedio menor a 30 días, el promedio de días entre la toma de la citología y el tratamiento de la paciente fue de 210 días en el año 2005 y 121 en el año 2006 y variaciones en el reporte de la toma de citología que va desde 2 hasta 491 días⁷⁸.

Entre los factores identificados con esta situación se encuentran algunos relacionados con el sistema de cuidado de salud en términos de la falta de privacidad en la atención y la falta de comunicación de los resultados^{75, 78}; en Perú se identificó que la adhesión a los protocolos de seguimiento dependía de la referencia a un principal hospital público donde el diagnóstico y métodos de tratamiento estaban disponibles⁷⁶ mientras en otros estudios se consideró como un factor influyente los prejuicios conscientes o inconscientes de los proveedores de servicios de salud⁷⁹

Algunos autores señalan que esta situación se relaciona con la orientación financiera y la planificación normativa que predomina en los sistemas de salud en Colombia y en algunos países de América Latina donde los procedimientos se realizan solo cuando están definidos en las normas y se pueden facturar⁸⁰. Adicionalmente el sistema de aseguramiento fundamentado en la competencia regulada⁸¹ ha generado dificultades en la articulación entre la financiación y la prestación de los servicios de salud⁸²⁻⁸⁴. En Colombia los procesos de autorización de servicios se diseñaron como mecanismos para la organización de la red, los cuales se convirtieron en mecanismos de contención de costos por parte de las aseguradoras lo cual ha generado un impacto negativo en la oportunidad y continuidad de la atención situación que obliga a muchos usuarios a recurrir a la tutela como medio expedito para la protección del derecho a la salud⁸⁵ y al incremento en el uso de servicios privados.

Factores relacionados con las limitaciones al seguimiento por parte de los servicios de salud incluyen la movilidad geográfica y con frecuencia carece de servicio telefónico en el caso de poblaciones de escasos recursos. Esta situación se agudiza cuando por razones relacionadas con el empleo o el desempleo se determina el tipo de vínculo con el sistema de salud y por ende se presenta una alta tasa de transición por los diferentes sistemas de aseguramiento lo que dificulta el acceso a este tipo de servicios⁷⁸.

En el estudio de Estados Unidos algunos de los predictores de toma de decisiones por los servicios de salud frente al seguimiento adecuado fueron la historia de tamizaje con la prueba de citología, el resultado de la prueba de citología, la existencia de un ciclo de detección previa, el resultado de anomalía de la citología anterior al último ciclo de tamizaje y el resultado del diagnóstico final⁷⁴.

Frente a las características de la población se ha reportado que las mujeres de bajos ingresos y de minorías tienden a ser diagnosticadas en etapas posteriores y poseen mayores tasas de mortalidad⁸⁶⁻⁹³ entre otras razones porque adicionalmente tienen más complicaciones como hemorragia, anemia y los efectos adversos de la radioterapia situación que se agrava con la limitada disponibilidad de opciones de tratamiento y acceso a la atención especializada⁴⁸, adicionalmente las diferencias en el apoyo familiar entre los diferentes grupos étnicos, el acceso al transporte público en diferentes comunidades y los prejuicios culturales sobre la atención médica pueden afectar el seguimiento en el caso de minorías étnicas y raciales^{79, 94} situación que unida a las barreras del idioma

especialmente en población migrante tienen un efecto importante en el éxito de los programas de tamizaje para cáncer cervical^{88, 95}.

En Dinamarca el riesgo de sufrir largas demoras en la referencia hacia el ginecólogo o especialista fue asociado con el área de residencia, con un mayor riesgo de retrasos en las zonas rurales en comparación con las urbanas. Largas demoras en la cita con el ginecólogo se asociaron con una menor edad, mientras que largas demoras de atención secundaria se asociaron con vivir en una zona de la capital y tener una comorbilidad. El estudio concluyó que los factores socio-demográficos y la comorbilidad desempeñan un papel en la probabilidad de sufrir largas demoras⁹⁶.

Frente a los comportamientos de salud en un estudio realizado en México un importante porcentaje de pacientes que conocían el reporte de su anormalidad citológica tomó la decisión de no continuar con el proceso. Un elemento que explica este hecho es el peso que tiene la representación social del cáncer como sinónimo de muerte, el miedo a la muerte fue un factor que explicó las altas tasas de abandono en mujeres mexicanas con anormalidad citológica⁷⁷.

Los retrasos fueron asociados con el tipo de diagnóstico de cáncer ginecológico en Dinamarca donde un mayor riesgo de sufrir largos retrasos en las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical y endometrial se presentó en comparación con cáncer de ovario. Si los retrasos en el diagnóstico se reducen, debe haber un aumento en el reconocimiento de la importancia de los síntomas entre los pacientes y las intervenciones destinadas a garantizar atención oportuna por parte de especialistas.

El diagnóstico tardío situación que genera pérdidas: de usuarias, credibilidad en el programa, económicas; desgaste del recurso humano, aumento del cáncer invasivo y de las tasas de mortalidad. En este sentido, resulta necesario mejorar las estrategias de comunicación y educación a las mujeres con lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino mediante el uso de una palabra de fácil anclaje como es pre-cáncer que las mujeres interpretan y usan adecuadamente y que ya ha sido concertado y definido su adecuado uso. Igualmente los sistemas de salud deben facilitar al máximo el acceso a los servicios para que la mujer logre culminar su proceso terapéutico, para lo cual resulta importante tener en cuenta las creencias y las condiciones psicológicas y sociales de las mujeres⁹⁷.

También es clave tener en cuenta que los programas de prevención enfocados en el control médico a mujeres en situación de vulnerabilidad pueden requerir estrategias educativas y de intervención únicas adaptadas los diferentes grupos étnicos. Algunos estudios han encontrado tasas óptimas de detección de cáncer cervical en mujeres jóvenes hispanas cuando los programas son bilingües y también cuando se cuenta con asesores comunitarios⁹⁸⁻¹⁰⁰ mientras otros autores plantean la necesidad de utilizar múltiples fuentes de información y educación como las iglesias y la televisión además del personal de salud para educar a las mujeres latinas y aumentar la toma de conciencia y la participación en este tipo de acciones¹⁰¹⁻¹⁰². Otras posibles acciones incluyen un enfoque

terapéutico en el cual se realice la colposcopia y el tratamiento en una sola visita, pues la tasa de pérdida de seguimiento es menor¹⁰³.

2.3. Marco normativo

La salud ha sido reconocida como un derecho humano y desde el siglo pasado¹⁰⁴; en Colombia la carta magna plantea que la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, garantizando a todos los habitantes el derecho irrenunciable a ella¹⁰⁵.

Mediante la Ley 100 de 1993 se define el Sistema General de Seguridad Social como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que disponen la persona y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas desarrollados por el estado y la sociedad proporcionando una cobertura integral de las contingencias, especialmente las que afectan la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, a fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. En tal sentido se definen condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los colombianos que debe permitir la protección integral en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad¹⁰⁶.

Mediante otra norma, la Resolución 412 de 2000, se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de las enfermedades de interés en salud pública. En este caso se define la detección temprana el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte dentro de las cuales se encuentra la norma técnica de detección temprana de cáncer de cuello uterino entendida como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología cervicouterina, mientras la atención de lesiones Preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión Preneoplásicas, cuyo objetivo es la identificación oportuna de estas lesiones, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y precisar de manera adecuada y oportuna el tratamiento, para incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

A fin de causar el efecto esperado frente a la enfermedad plantea la creación de unidades de tamizaje encargadas no solo de la toma de la citología, sino de deben garantizar los

informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problemas (citología anormal) y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo (unidades de colposcopia y patología cervicouterina nivel II).

Para el diagnóstico definitivo establece la realización de una evaluación histológica de las lesiones Preneoplásicas o neoplásicas, la colposcopia y biopsia dirigida, ya que la citología no es considerada como un método diagnóstico para esta enfermedad. Una vez realizado el diagnóstico definitivo, la mujer debe ser informada de forma amplia y adecuada, asegurando la comprensión de su situación y solucionando las dudas que surjan acerca de su enfermedad y tratamiento. Ante el diagnóstico de lesiones microinfiltrantes o infiltrantes es importante garantizar el acceso a instituciones de alta complejidad, en donde exista ginecólogo oncólogo certificado, 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 uterino¹⁰⁷.

Posteriormente mediante directrices nacionales se establece como un elemento clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el país mejorar la salud sexual y reproductiva, mediante estrategias como: incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cervicouterina, mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento; fortalecer la vigilancia en salud pública en lo relacionado con salud sexual y reproductiva, a través del diseño y disposición de metodologías estandarizadas de vigilancia sobre los eventos de interés y sobre el acceso y calidad^{8, 108}.

En el año 2007 se adopta el Plan Nacional de Salud Pública, define la recuperación y superación de daños en salud como el conjunto de acciones individuales del plan obligatorio de salud contributivo y subsidiado destinado a recuperar la salud y superar los daños ocurridos en los individuos y población mediante el acceso oportuno y con calidad a los servicios de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y a los programas y redes de protección social. El mismo hace énfasis en las metas nacionales para la salud sexual y reproductiva: reducir por debajo de 7 por 100.000 mujeres la tasa de mortalidad de cáncer cervicouterino y entre sus estrategias propone el desarrollo de mecanismos que permitan la identificación de la población vulnerable e inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva donde se encuentra incluido el cáncer cervicouterino; implementación de métodos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones en lo referente a la detección y diagnóstico de este cáncer¹⁰⁹.

El Instituto Nacional de Cancerología propone en el tema como objetivos y metas la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 7 por 100.000 en 2014., sostener la coberturas de tamización en al menos 76% de la población objeto y garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnóstica y tratamiento de lesiones cervicales de alto

grado, al 100% de las mujeres con este hallazgo¹¹. Finalmente en el año 2010 la norma define las Unidades funcionales como aquellas unidades clínicas ubicadas al interior de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, habilitadas por el Ministerio de la Protección social, las cuales deben estar conformadas por profesionales especializados, apoyados por profesionales complementarios de diferentes disciplinas para la atención integral del cáncer, cuya función es evaluar la situación de salud del paciente y definir su manejo, garantizando la calidad, oportunidad y pertinencia del diagnóstico y el tratamiento¹¹⁰.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Establecer la oportunidad y los factores asociados con la misma para acceder a los métodos diagnósticos de mujeres con resultados de citología anormal (Lesiones Intraepiteliales-LEI) reportadas en una Empresa Social del Estado de la ciudad de Cali en el año 2010

3.2. Objetivos Específicos

3.2.1 Determinar la oportunidad al acceso a métodos diagnósticos de las mujeres con resultados de citología anormal (LEI) reportadas.

3.2.2 Establecer la asociación entre las características del: Sistema de Cuidado, las usuarias, los comportamientos en salud y los resultados en salud con la oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en las mujeres con citología anormal (LEI).

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio

A fin de alcanzar los objetivos propuestos se realizó un estudio observacional analítico tipo Cohorte retrospectiva donde se identifica una cohorte y se conforma en el pasado sobre la base de la información que fuera oportunamente registrada y disponible y se sigue hasta el presente, esto es hasta el momento en que se conduce el estudio.

4.2 Ensamblaje y seguimiento de la Cohorte

Para conformar el grupo a seguir se identificaron las mujeres con citología anormal (LEI de bajo o Alto grado) reportadas entre Enero 01 a Diciembre 31 de 2010. En el contexto del Programa de detección de cáncer de cuello uterino toda mujer con citología anormal debe acceder a métodos diagnósticos confirmatorios (Colposcopia o colposcopia+biopsia) y a valoración por médico para la entrega del diagnóstico final. Particularmente para este estudio se consideró que el diagnóstico era realizado de forma oportuna si ocurrió en los 90 días siguientes a la toma de la citología.

El periodo de seguimiento para la identificación del Evento se extendió hasta 31 de Mayo de 2012.

4.3 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en la RED DE SALUD LADERA, entidad pública, descentralizada del orden municipal, creada en el año 2003; adscrita a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali, cuya área de influencia son las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20 y los corregimientos de la zona rural de Cali. La Buitrera, Cascajal, Villa Carmelo, Pance-Vorágine, Hormiguero, Saladito, Felidia, La Leonera, Pichindé, Los Andes, Montebello, Golondrinas, Alto Aguacatal, La Castilla, La Paz y La Elvira. Está conformada por 1 hospital de primer nivel de atención (Centro Hospital Cañaveralejo), 6 centros de salud: Montebello, Lourdes, Terrón Colorado, Siloé, Primero de Mayo y Meléndez; 13 puestos de salud en el área urbana y 19 puestos de salud en el área rural.

4.4 Población y muestra

4.4.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de muestra de expuestos y no expuestos se utilizó la herramienta sampsi del programa STATA® 12 para la comparación de dos proporciones asumiendo los siguientes supuestos: Un error alfa de 5% a una sola cola, un poder de 80%, una proporción de expuestos de 15% y de no Expuestos de 5% y una relación entre no expuestos sobre expuestos de 0,5. La variable seleccionada como exposición de interés fue la toma de citología previa en la ventana comprendida entre 01 de Enero a 31 de Diciembre 2009. Los tamaños de muestra estimados para las dos poblaciones fueron: Expuestos (n1) de 201 y No expuestos (n2) de 101, para un total de 302 mujeres.

Las estadísticas de la Secretaria de Salud Municipal mostraron un promedio anual en la ESE Ladera de 400 mujeres con citología anormal, se asumió una pérdida por no disponibilidad de la información de 30%, por lo cual el tamaño muestra planeado fue 390 mujeres con citología anormal. Puesto que el tamaño de la muestra es cercano al tamaño de la población no se diseñó una estrategia de muestreo.

Criterios de inclusión

Participaron en el estudio aquellas mujeres que:

- Se hubieran realizado la citología entre el primero (1) de Enero a Treinta y uno (31) de Diciembre de 2010 en cualquiera de los puntos de atención de la ESE Ladera.
- El resultado de la citología anormal fuese con ASC-US, ASC-H, AGUS, Lesiones Intraepiteliales de bajo y Alto grado, Carcinoma y Adenocarcinoma

4.5 Variables

En el anexo No. 1 se presenta el cuadro de variables relacionadas con el estudio.

4.6 Procedimientos

4.6.1 Instrumentos

El instrumento de recolección de información de las pacientes (Anexo 2) contenía cuatro bloques de preguntas a diligenciar a partir de las fuentes secundarias relacionadas con las características del sistema de cuidado de salud, las características socio demográficas de las pacientes, los comportamientos de salud y los resultados en salud.

El instrumento de recolección de información de los aseguradores (Anexo 3) contenía información relacionada con el asegurador en relación a los procesos administrativos, lineamientos, protocolos para garantizar el acceso al diagnóstico a las usuarias.

Siempre que fue posible se emplearon preguntas probadas en encuestas anteriores como la Encuesta de Salud y la Encuesta Nacional de Hogares, de esta manera se evitaron las dificultades del diseño de preguntas^{37, 95}. El cuestionario relacionado con la información de las pacientes en la IPS fue sometido a una prueba piloto a un número equivalente al 10% de mujeres definidas en el tamaño de muestra correspondiente al año 2011 con características similares a las mujeres del estudio en el municipio de Cali y su información obtenida a través de fuentes secundarias. De igual manera el cuestionario para aseguradores fue validado con una EPS contributiva y una EPS subsidiada, seleccionada aleatoriamente de las EPS que tienen presencia en la ciudad de Cali.

4.6.2 Operativa de campo

Entrenamiento a personal

A fin de realizar la recolección de información del estudio se realizaron dos capacitaciones: una dirigida a estudiantes de enfermería de la Universidad Libre para efectuar la prueba piloto y otra al personal que realizaría el proceso de recolección de información

La capacitación estuvo liderada por el investigador del proyecto y se orientó a los objetivos del proyecto, el uso del instrumento de recolección de información en los puntos de atención de la ESE Ladera así como la metodología definida para en el abordaje en las instituciones, contemplada en el Manual de Recolección de información (Anexo No. 4), que permitiera consultar las fuentes secundarias que alimentarían la información del Instrumento: el registro de toma de citología, la historia clínica institucional y la validación con los programas de promoción y prevención de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

4.6.3 Recolección de información

Esta actividad se realizó a partir de fuentes secundarias entre el 9 de Abril y el 31 de Mayo del año 2012 por los dos encuestadores entrenados. Las fuentes secundarias consultadas y de las cuales se extrajo la información para el diligenciamiento del

instrumento (Anexo 2) de las usuarias fueron: La Historia Clínica de las pacientes y Las Fichas de control del Programa de detección de cuello uterino de las IPS de la ESE Ladera, las fichas o registros de resultado de citología del Laboratorio centralizado donde se realizaba la lectura de las citologías, que para el año 2010 era el Laboratorio del Centro de Salud Diego Lalín y finalmente las Bases de datos facilitadas por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali por el Programa de Detección de cáncer de cuello uterino, una base con los datos de las mujeres con resultado de citología anormal, información que para el momento de llevar a cabo el estudio, solo tenía información de un semestre del año 2010, y la otra base de datos que llevaban los médicos responsables del seguimiento a las usuarias con citología anormal y que atendían en las diferentes ESEs de Cali. La estructura de la base de datos de los médicos incluía la fecha de atención del médico, Nombre de la usuaria, Documento de identificación, Edad, Dirección, Barrio, Teléfono, Comuna, Subsidiado, Vinculado, Diagnóstico de citología, Colposcopia, Conización, Remisión a, Observaciones, y si era una usuaria Nueva o de Control.

Dado que se visitó las IPS revisando las Historias clínicas y las fichas de los programas de detección de cáncer de cuello uterino, así como los registros de resultados de citología del laboratorio que procesaba todas las citologías tomadas en las IPS de la ESE Ladera, la información recopilada de estas dos fuentes frente a las mujeres con resultado de citología anormal se consideró como la información del estudio y a través del número de identificación de la usuaria se cruzó con las bases de datos de la secretaria de Salud del Programa de Detección de cáncer de cuello uterino para completar algunas variables.

Se estableció contacto con las Aseguradoras a las cuales se identificaron que estaban afiliadas las usuarias y se envió el instrumento de recolección de información de Aseguradoras (Anexo 3) para su diligenciamiento, sin embargo, sólo una de las EPS entregó la información. La información fue recepcionada y revisada la calidad de la misma para la aclaración de inconsistencias, sin embargo, dado que no permitía realizar las comparaciones no se incluyó en el estudio.

Se realizó acompañamiento directo en los puntos de atención a las 2 personas que recolectaron la información, así como en reuniones periódicas cada semana donde se revisaban los inconvenientes y las situaciones encontradas con la consecución de los datos.

4.7 Ingreso y control de Calidad de datos

Para facilitar el proceso de entrada de datos y reducir errores se utilizó el programa Microsoft® Access versión 2007. Esta información fue ingresada por una digitadora contratada por el estudio.

Se chequearon errores mediante la impresión de los datos en forma de tablas, buscando inconsistencias en cuyo caso se verificó el formato original y se realizó la corrección. De igual manera se realizó muestreo del 10% de los registros para verificar la calidad de la digitación de los mismos.

4.8 Plan de Análisis

Se diseñó una base de datos en Microsoft® Access Versión 2007 que se exportó posteriormente a STATA® 12.

Para el análisis univariado se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas; para las variables categóricas se utilizaron distribuciones de frecuencia. Posteriormente se realizó Regresión de Poisson para los análisis bivariados para cada variable de cada uno de los componentes del Modelo teórico del estudio a saber Componente del Medio ambiente, Componente de características de la población, Componente Comportamientos en Salud y Componente de Resultados en Salud frente a la variable resultado a través de Riesgos Relativos. En estos análisis se presentaron las frecuencias absolutas, relativas, los Riesgos Relativos crudos (RR), los intervalos de confianza (95%) y el valor P. Se evaluó colinealidad entre las variables.

Se realizaron análisis Multivariados con Regresión de Poisson para cada grupo de variables de cada componente del modelo teórico del estudio (del sistema de cuidado de salud, características de la población, comportamientos y resultados en salud), esto para realizar el ajuste de los RR crudos y evaluación de la existencia de confusión y que en las tablas aparece con el nombre "DELTA" y corresponde al porcentaje de cambio entre la magnitud de la medida de asociación ajustada y la magnitud de la medida de asociación cruda, entendiéndose que un cambio mayor al 10% evidencia presencia de confusión.

Para la realización y selección de cada análisis Multivariado en cada componente del Modelo teórico se incorporaron del grupo de variables, las variables seleccionadas una a una. Las variables a incluir en los análisis Multivariados para cada componente del Modelo teórico fueron aquellas con un valor de p menor de 0,25 en el análisis bivariado de cada componente, si una variable determinada no tenía este criterio pero por teoría debía incluirse, estas variables se forzaron para ser incluidas dentro del análisis Multivariado. En el momento que se presentaba colinealidad al ingresar una variable se revisaba con cuales variables se presentaba la colinealidad y se eligió dejar en el análisis Multivariado la variable que fuera de mayor jerarquía, adicionalmente, si al incluir una variable se observaba el mensaje de que la misma predice perfectamente el evento, es decir, que se presentaba como una constante, no se incluía en el modelo de análisis Multivariado.

Para la realización y selección del Modelo de Análisis Multivariado Final para todos los componentes del Modelo teórico en el estudio, el ajuste de los RR crudos y evaluación de existencia de confusión comparando los RR del Modelo Crudo y del Modelo Ajustado para cada variable; se incorporaron una a una las variables al Modelo de Análisis con los siguientes criterios, en primer lugar aquellas que tuviesen un $p \leq 0,25$ en el análisis bivariado en cada componente y si una variable determinada no tenía este criterio pero por teoría debía incluirse, estas variables se forzaron para ser incluidas dentro del modelo Multivariado final. De igual manera se incluyeron las variables potenciales confusoras. La variable Diagnóstico Final, del componente Resultado en salud no se incluyó por estar

estrechamente relacionada con la variable resultado, lo que podría aumentar el ajuste del modelo a los datos, pues más que una variable explicativa se comportaría muy similar a la variable resultado.

Al correr el modelo Multivariado final con todas las variables incluidas al mismo tiempo no se generó ningún reporte frente al modelo, debido a que algunas de ellas tenían más datos perdidos, algunas predecían el modelo, u otras presentaban colinealidad, razón por la cual se fueron ingresando una a una, en el momento que se presentaba colinealidad al ingresar una variable se revisaba con cuáles variables presentaba colinealidad y se realizó la elección de dejar en el modelo de análisis la variable que fuera de mayor jerarquía, partiendo de un criterio teórico, adicionalmente si al incluir una variable se observaba el mensaje de que la misma predice perfectamente el evento, es decir, que se presentaba como una constante, no se incluía en el modelo.

Se realizó evaluación de la bondad de ajuste para conocer que tanto los datos del modelo de análisis Multivariado final se ajustaban al comportamiento de la distribución de probabilidad seleccionada en este caso de Poisson

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Acorde con las disposiciones sobre normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos publicadas en 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹¹¹ respaldadas en la declaración de Helsinki¹¹² y a las Normas Científicas, Técnicas y Administrativas para la Investigación en Salud establecidas por el Ministerio de Salud¹¹³ la investigación biomédica debe realizarse de conformidad con los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia.

En esta investigación los sujetos de estudio fueron las mujeres con reporte de citología anormal en el año 2010 de la E.S.E LADERA de Cali, entre enero de 2010 a diciembre de 2010 de diferentes grupos étnicos dadas las características de la población que habita las comunas 1,3,17,18,19, 20 y la zona rural de Cali. Es importante aclarar que no hubo contacto directo con las usuarias, por lo tanto no fue necesario el reclutamiento de participantes, siendo los registros de toma de citología, las historias clínicas, los Registros de Programas de Promoción y Prevención y los formatos de solicitud de información diligenciados por las EPS.

En tal sentido y acorde a la normatividad vigente Resolución No. 8430 de 1993¹¹³ este fue un estudio sin riesgo debido a que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectiva (revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios) y en el que no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes en el estudio.

Por tal razón se solicitó dispensa al comité de ética de la Universidad del Valle y de la ESE Ladera de Cali de la obtención del consentimiento informado¹¹³. Adicionalmente sólo se inició el proceso de recolección de información cuando se obtuvo la autorización de las instituciones y aprobación del comité de ética de la Universidad del Valle y aprobación del comité de ética de la Universidad Libre.

Los riesgos potenciales de este estudio fueron la violación a la confidencialidad de la información y la evidencia en los resultados de la no oportunidad en el diagnóstico a las usuarias con citología anormal. Para proteger la confidencialidad de la información se usaron códigos en lugar de los datos de identificación de la paciente, en este caso el número de registro de la citología y el tipo y número de identificación, para el segundo riesgo potencial se entregó un listado de las identificaciones y códigos de usuarias que tienen problemas en la oportunidad diagnóstica y de aquellas que no se tiene información sobre la confirmación o no de cáncer cervicouterino a la Institución y al responsable de las acciones de seguimiento, con el fin de que se les realice la visita domiciliaria y se ajusten las acciones correspondientes en el programa.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis Descriptivo

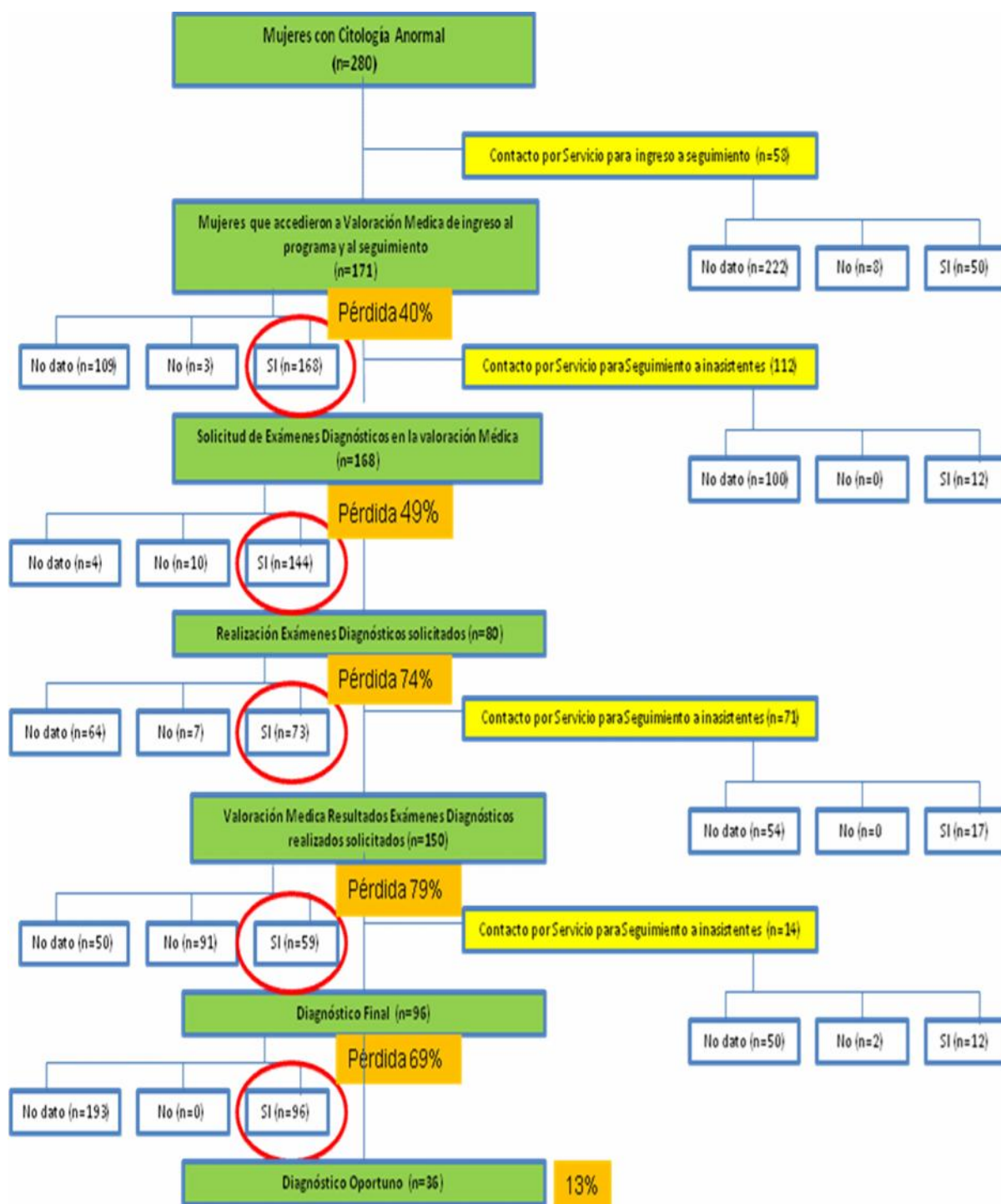
Un total de 280 mujeres con citología anormal fueron identificadas en la ESE Ladera, el tamaño esperado de la muestra era de 390, para un % de cumplimiento de la muestra de 72% y un porcentaje de pérdida de 28%, inferior al planeado.

Con los datos disponibles recolectados, en este caso de 280 mujeres con citología anormal se recalculo el poder del estudio a través de la herramienta sampsi del programa STATA® 12, para la variable año última citología (Tabla No. 11) con el cálculo de las dos proporciones observadas: proporción de expuestos ($n=1$) de 17% (22/130) y de no expuestos ($n=2$) de 4% (2/55), con lo cual el poder estimado es de 74,4%.

Los resultados del estudio se presentan a la luz de los componentes del Modelo Conceptual de acceso a servicio de salud a saber: Componente Ambiental (Medio-Ambiente externo y Sistema de Cuidado en Salud, Componente de Características de la Población (de predisposición, recursos percibidos y necesidad), Componente de comportamientos en Salud (Prácticas personales de Salud y uso de los servicios) y finalmente Resultados en Salud (Estado de Salud evaluado).

La Figura 3 presenta el Proceso para el acceso o Ruta a métodos diagnósticos para una mujer con citología anormal en la ESE Ladera año 2010, y de qué manera en este estudio a partir de las 280 mujeres incluidas con citología anormal se comportaron en esta ruta. El primer paso de la ruta es que toda mujer con citología anormal debe ser contactada por el servicio para el ingreso al seguimiento, es decir, la búsqueda activa de las mismas, en este caso, 58 de ellas (21%) fueron contactadas por los servicios, las demás llegaron de forma pasiva según los registros consultados. De las 280 mujeres con citología anormal se evidenció que accedieron a valoración médica de ingreso 60% de las mismas (168 mujeres) para una pérdida de 40%; al 51% de las mujeres se les solicitó los exámenes diagnósticos; 26% de las mujeres se realizaron los exámenes diagnósticos solicitados; 21% de las mujeres se realizaron la valoración médica de revisión de los exámenes diagnósticos y 13% (36 mujeres) tuvieron un diagnóstico oportuno (acceso al diagnóstico final junto con la valoración médica y los resultados de las pruebas diagnósticas en tres meses o menos)

Figura 3. Proceso para el Acceso (Ruta) a Métodos diagnósticos para una mujer con citología anormal en la ESE Ladera año 2010.



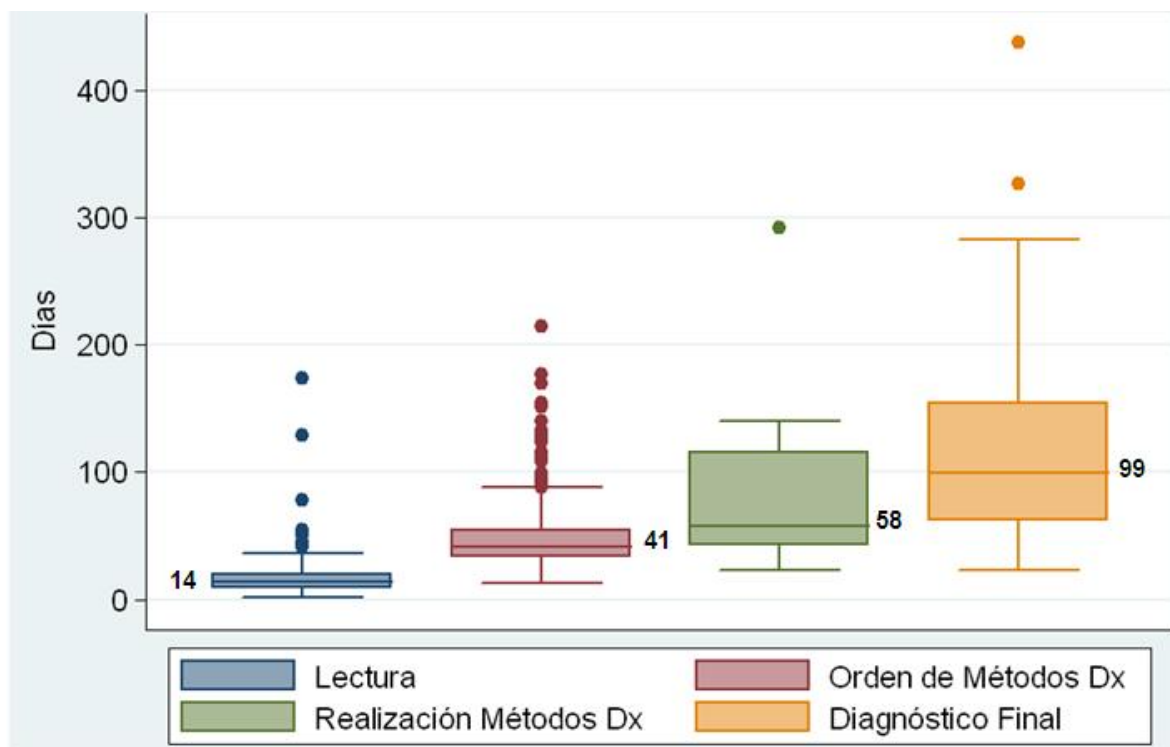
6.1.1. Tiempo entre la toma de la citología, su lectura, la valoración médica de la usuaria para ingreso a seguimiento y la valoración médica con los resultados de exámenes diagnósticos.

La Tabla 1 presenta el número de observaciones en cada paso crítico dentro del proceso para el acceso a métodos diagnósticos de las mujeres con citología anormal desde la toma de la citología. De igual manera se presentan los valores máximos y mínimos y el comportamiento de los promedios y medianas. Dado el comportamiento asimétrico de los datos, en la figura 4 se presentan las medianas y los rangos intercuartílicos para cada paso en relación al tiempo desde la toma de la citología. Los tiempos transcurridos entre la toma y la lectura de citología tuvieron una mediana de 14 días (Rango Intercuartílico: 9; 20). En el caso del tiempo entre la toma de citología y la valoración médica frente a los resultados anormales de la citología la mediana fue de 41 días (Rango Intercuartílico: 33; 55). Finalmente el número de días entre la toma de la citología y la valoración médica frente a los resultados de las pruebas diagnósticas tuvo una mediana de 99 días (Rango intercuartílico 66; 155). Aunque el total mujeres con citología anormal para el año 2010 en la ESE Ladera fue de 280, solo se encontró información de fechas en las fuentes secundarias de Lectura de citología de 237 mujeres, de Valoración médica para el resultado de citología anormal de 153 y para las mujeres que realizaron valoración médica para el resultado de los exámenes diagnósticos, en los registros encontrados sólo se ubicaron fechas de 57 mujeres.

Tabla No 1. Descripción del comportamiento del tiempo entre la toma de citología, la lectura de la misma, Valoración médica de la mujer con citología anormal y Valoración médica de la mujer con citología anormal con los exámenes diagnósticos, en la ESE Ladera.2010.

Característica	n	Mínimo	Máximo	Mediana	Promedio	Desviación estándar
Número de días entre la Toma de Citología y la Lectura de la Citología	237	2,0	174,0	14	16	15,73
Número de días entre la Toma de Citología y Valoración médica para el resultado anormal de la citología.	153	13	215	41	51	33,5
Número de días entre la Toma de Citología y Valoración médica para el resultado de los exámenes diagnósticos.	57	23	438	99	122	78,8

Figura 4. Tiempo desde la toma de citología a pasos críticos del Proceso para el Acceso (Ruta) a Métodos diagnósticos para una mujer con citología anormal en la ESE Ladera año 2010.



6.1.2 Características Componente Medio Ambiente.

La Tabla No. 2 resume las características del componente Medioambiente en lo relacionado con el medioambiente externo. 86,3% de las mujeres con citología anormal de la ESE Ladera viven en la zona urbana y las comunas que concentran la mayor cantidad de población (48,6%) corresponden a la Comuna1 y la Comuna 20 (24,3% cada una). 6% de las usuarias residen en comunas que no pertenecen al área de influencia de la ESE. (Comunas 2, 4, 6, 13, 15 y 16). En la Tabla 2 también se observa que la ubicación de las IPS en las diferentes comunas que atendieron a las usuarias con citología anormal tiene un comportamiento muy similar al de lugar de residencia, 87,9% de las instituciones están ubicadas en la zona urbana y las instituciones con la mayor proporción de mujeres atendidas estaban ubicadas en las comunas 18 (25,0%) y 20 (25,7%). Sin embargo este comportamiento es diferente para la comuna 3 que por lugar de residencia concentra 8,9% de la población de mujeres con citología anormal, pero en concentración de población atendida, se comporta muy similar a la Comunas 18 y 20 con un 18,6%.

Tabla No.2. Características del Medio Ambiente Externo. Mujeres con Citología anormal reportadas por la ESE Ladera. 2010

Característica	n	%
Ubicación geográfica por Lugar de Residencia de la Usuaría*	n=235	
Urbano	203	86,4
Rural	32	13,6
Comuna de Residencia de la Usuaría*	n=235	
1	44	18,7
2	2	0,9
3	21	8,9
4	2	0,9
6	1	0,4
9	2	0,9
10	3	1,3
13	1	0,4
15	1	0,4
16	2	0,9
17	4	1,7
18	57	24,3
19	6	2,6
20	57	24,3
Zona Rural	32	13,6
Comuna IPS de atención ESE Ladera	n=280	
1	44	15,7
3	52	18,6
17	8	2,9
18	70	25,0
20	72	25,7
Rural	34	12,1
Ubicación geográfica por IPS ESE Ladera	n=280	
Urbano	246	87,9
Rural	34	12,1
*45 No dato		

En relación al Sistema de Cuidado de Salud en la Tabla 3 se observa que 73,3% de las mujeres está afiliada a una Empresa Promotora de Salud, siendo EMSANAR (50,2%) la que aporta la mayor proporción de mujeres. Es importante resaltar que 4,4% de mujeres se identificaron en las fuentes secundarias como afiliadas a la ya desaparecida EPS Calisalud, de la cual se realizó el traslado de los usuarios a otras aseguradoras en el mes de Junio de 2010. Se identifica que de las 280 mujeres con resultados de citología anormal, 21% (58 mujeres) de ellas fue buscada por el servicio para el ingreso al seguimiento y existe evidencia al respecto, donde lo que se ha mencionado dentro de la ruta de atención es que toda mujer con citología anormal debe ser ubicada de forma activa por el servicio, sin embargo, dado que esta información es captada de fuentes secundarias es probable que no se haya documentado en la historia clínica esta actividad.

El mecanismo de contacto institucional a aquellas usuarias en las que se evidenció esta acción de contacto (48 mujeres) fue la llamada telefónica (79,2%). 98,2% de las mujeres fueron valoradas por el médico y revisado su examen de citología; de ellas a 93,5% se les ordenaron exámenes diagnósticos y dentro de estos el más frecuente (93%) fue colposcopia-Biopsia.

Según los registros disponibles 51% (73 mujeres) de aquellas a las que se solicitaron los exámenes (144 mujeres) efectivamente se los realizaron y de ellos el más frecuente fue la colposcopia-biopsia (88,2%). 17 mujeres que no se habían realizado los exámenes diagnósticos fueron contactadas por los servicios mediante llamada (64,7%). Luego de la realización de los exámenes diagnósticos 39,3% acudieron a cita con médico para revisión los exámenes. En el caso de las no asistentes a la consulta médica de revisión de los exámenes diagnósticos se evidenció el contacto de los servicios mediante llamada telefónica (58,3%) y la visita domiciliaria (33,3%). 15,9% de las usuarias cumplió con la ruta de seguimiento y acceso a diagnóstico con citología anormal. Esta ruta se ha definido en la ESE Ladera con una serie de pasos donde el primero de ellos es que toda mujer con citología anormal es contactada de forma activa por el servicio de salud para el ingreso a seguimiento al programa de detección de cáncer de cuello uterino de la IPS, se espera que acceda a valoración médica de ingreso donde se evalúa el resultado de la citología anormal, en esta consulta médica de ingreso se solicitan los exámenes diagnósticos, se espera que las usuarias se realicen los exámenes diagnósticos y que una vez realizados los exámenes accedan a la valoración médica de los resultados del examen y finaliza con el diagnóstico final que da el médico a las usuarias. Las usuarias del estudio en las que en las fuentes secundarias se identificó cada paso se consideraron con cumplimiento de la ruta.

6.1.3 Características de la Población.

En la Tabla No 4 se observa que la edad de las usuarias osciló entre 14 y 74 años con un promedio de 30 años y una desviación estándar de 12. Al agruparlas según los criterios de OMS¹¹⁴, la mayor cantidad de mujeres corresponde al grupo de 15 a 44 años (87,1%).

En relación al estado civil 77,4% de las mujeres son solteras y 53,3% de aquellas en las cuales se obtuvo información del nivel educativo (30) alcanzaron algún grado en educación secundaria; de igual forma en aquellas mujeres en las cuales se identificó la información sobre etnia (93) 88% corresponde a otra etnia seguido por indígenas y afrodescendientes (1%); mientras para discapacidad 5,3% de las mujeres con reporte (169) tenía alguna condición reportada. De las mujeres que se identificó aseguramiento sólo 0,5% contaban con subsidio parcial y de aquellas con reporte de SISBEN (201), 71% estaban clasificadas en el Nivel de SISBEN 0 y 1. La variable ocupación con reporte información de sólo 10 usuarias, de las cuales a 7 se identificó como hogar esta condición.

El número de gestaciones osciló entre 0 y 8 con un promedio de 2 y una desviación estándar de 1,5; en los casos en que la información estuvo disponible (239) 14,6% reportó la realización de algún procedimiento en el cuello uterino anteriormente mientras 10,9% habían reportado citología anormal previamente. En relación al resultado de la citología anormal del año 2010, 57% de las mismas se reportan como Lesión Intraepitelial de bajo grado (NIC I), 12,1% como Lesiones intraepiteliales de alto grado (NIC II Y III) y 1,1% como Cáncer Escamocelular Invasivo. En 3,1% de los registros se encontraron

reportes de severidad diferentes a lo establecido por Bethesda clasificados en la categoría “otro”, como se observa en la Tabla No. 4.

Tabla No. 3 Características del Sistema de cuidado de salud. Mujeres reportadas con Citología anormal ESE Ladera. 2010

Característica	n	%
Aseguramiento (1)	n=269	
Si	203	75,5
No	66	24,5
Empresa Promotora de Salud o Asegurador	n=203	
Emssanar	102	50,2
Coosalud	34	16,7
Caprecom	28	13,8
Cóndor	23	11,3
Calisalud	9	4,4
Asmetsalud	2	1,0
Selvasalud	2	1,0
Asociación indígena del cauca (AIC)	2	1,0
Mallamas	1	0,5
Contacto IPS con usuaria para ingreso a seguimiento (2)	n=58	
Sí	50	86,2
No	8	13,8
Contacto utilizado por la IPS para Ingresar a seguimiento de citología anormal (3)	n=48	
Llamada Telefónica	38	79,2
Visita Domiciliaria	4	8,3
Otro	6	12,5
Valoración médica resultado citología anormal (4)	n=171	
Si	168	98,2
No	3	1,8
Contacto utilizado por la IPS para seguimiento a la valoración médica (4)	n=12	
Llamada Telefónica	10	83,3
Visita Domiciliaria	2	16,7
Solicitud de exámenes diagnósticos durante la valoración médica (4)	n=154	
Sí	144	93,5
No	10	6,5
Exámenes diagnósticos solicitados (5)	n=147	
Colposcopia	6	4,1
Colposcopia Biopsia	137	93,2
Otro	4	2,7
Realización de exámenes diagnósticos en la valoración médica (6)	n=80	
Sí	73	91,3
No	7	8,8
Exámenes diagnósticos realizados (7)	n=76	
Colposcopia	9	11,8
Colposcopia Biopsia	67	88,2
Contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la toma de los exámenes diagnósticos (8)	n=17	
Llamada Telefónica	11	64,7
Visita Domiciliaria	6	35,3
Valoración Médica para revisión de Resultados de exámenes de Diagnóstico (9)	n=150	
Si	59	39,3
No	91	60,7
Contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la revisión médica de los exámenes diagnósticos	n=12	
Llamada Telefónica	7	58,3
Visita Domiciliaria	4	33,3
Otro	1	8,3
Cumplimiento de Ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento (10)	n=270	
Si	43	15,9
No	227	84,1

No dato (1)=2; (2)=222; (3)=156; (4)=14; (5)=11; (6)=54; (7)=4; (8)=130; (9)=21; (10)=10

6.1.4 Características relacionadas con los comportamientos en Salud

En la Tabla No. 5 se observa frente a la realización de la toma de citología el 82,2% de aquellas que dónde se encontró información en las fuentes secundarias se había realizado una citología previa; de igual forma en aquellas con reporte frente a la frecuencia de la realización de la citología 66,5% de las mujeres se había realizado una citología el año inmediatamente anterior, 24,3% dos años atrás y un 5,4% se había realizado la última citología 3 años atrás.

En relación a la práctica de la anticoncepción 50,8% de la población se identificó el uso de algún método de anticoncepción, es decir, que una de cada dos mujeres utiliza un método de anticoncepción, mientras aquellas que refirieron no usar 11,7% se encontraban en embarazo al momento de la toma de la citología

Sobre el uso de los servicios de salud cuando se encontró el reporte, 59,7% se encontraba inscrita en los programas de Promoción y Prevención mientras 53,4% de aquellas en las cuales se encontró reporte habían utilizado consulta externa como el servicio más frecuente como se observa en la Tabla No. 5.

6.1.5 Características relacionadas con los Resultados en Salud de la población

En relación a los resultados de salud, la Tabla No. 6 muestra, a partir del estado de salud evaluado por el personal de salud y reportado en la historia clínica que solo en 31% de las pacientes fue posible establecer un diagnóstico al finalizar los tres meses de seguimiento (87 mujeres), de las cuales 80% tuvo un diagnóstico final de Lesión cervical diferente a cáncer en el momento de la evaluación y 1,1% cáncer. En 16 casos se identificó la utilización de terminología diferente a Bethesda para el diagnóstico final y que se agruparon en la categoría "otro". En esta variable hubo 193 mujeres en las cuales no fue posible en las fuentes secundarias revisadas establecer alguna categoría de diagnóstico final, es probable que se haya brindado algún diagnóstico y este no se haya registrado en la historia clínica, pero además podría ser posible que algunas de las mujeres que iniciaron el proceso se hayan acercado a otras IPS por fuera de la red de la ESE ladera para tener un diagnóstico y que no se realizará la realimentación por parte de la usuaria o de la otra IPS a las IPS de la ESE Ladera y no se tenga acceso al dato, sin embargo, como este es un estudio que tomó como base fuentes secundarias, no es posible establecer estas situaciones que sólo se podrían verificar a través de contacto con las usuarias, actividad que no se contempló en este estudio, pues se presume que la información frente al estado de salud de una usuaria y su abordaje quedan registrados en la historia clínica de la misma.

Tabla No. 4. Características de la población. Mujeres reportadas con Citología anormal ESE Ladera. 2010

Característica	n	%
Edad agrupada	n=280	
Menor de 14 años	4	1,4
15 a 44 años	244	87,1
de 45 a 59 años	25	8,9
mayor de 60 años	7	2,5
Estado civil (1)	n=133	
Soltera	103	77,4
Casada	3	2,3
Unión Libre	24	18,0
Viuda	3	2,3
Nivel educativo (2)	n=30	
Primaria	10	33,3
Secundaria	16	53,3
Técnico/Tecnológico	1	3,3
Otro	3	10,0
Etnia (3)	n=93	
Mestizo	9	9,7
Afrodescendiente	1	1,1
Indígena	1	1,1
Otro	82	88,2
Discapacidad (4)	n=169	
Sí	9	5,3
No	160	94,7
Regimen de Afiliación (5)	n=211	
Subsidio Total	202	95,7
Contributivo	8	3,8
Subsidio Parcial	1	0,5
Nivel de Sisben (6)	n=201	
Nivel 0	14	7,0
Nivel 1	129	64,2
Nivel 2	55	27,4
Sin Clasificar	3	1,5
Ocupación (7)	n=10	
Trabajador Independiente	1	10
Estudiante	1	10
Hogar	7	70
Otro	1	10
Procedimiento previo en Cuello Uterino (8)	n=239	
Si	35	14,6
No	204	85,4
Resultado anterior citología (9)	n=175	
Normal	156	89,1
Anormal	19	10,9
Severidad de Sospecha diagnóstica en las lesiones (10)	n=261	
Anormalidades del epitelio escamoso de naturaleza indeterminada}	63	24,1
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Dsiplasia leve NIC I)	149	57,1
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II)	25	9,6
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia Severa/carcinoma in situ	8	3,1
Carcinoma escamocelular invasivo	3	1,1
Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada	5	1,9
Otro	8	3,1

No dato (1) =147; (2)=250; (3)=187; (4)=111; (5)=1; (6)=79; (7)=270; (8)=41; (9)=105; (10)=19

**Tabla No. 5. Características de Comportamiento en Salud y uso de servicios.
Mujeres reportadas con Citología anormal ESE Ladera. 2010**

Característica	n	%
Realización de citología previa (1)	n=258	
Si	212	82,2
No	46	17,8
Año última citología (2)	n=185	
2004	2	1,1
2005	2	1,1
2006	1	0,5
2007	5	2,7
2008	45	24,3
2009	123	66,5
2010	7	3,8
Usa método anticonceptivo (3)	n=266	
Si	135	50,8
No	100	37,6
No aplica	31	11,7
Embarazo actual (4)	n=270	
Si	31	11,5
No	239	88,5
Inscripción en Programa de P y P (5)	n=67	
Si	40	59,7
No	27	40,3
Tipo de servicio de salud utilizado en el último año (6)	n=191	
Urgencias	75	39,3
Consulta Externa	102	53,4
Promoción y Prevención	13	6,8
Otro	1	0,5

No dato (1) =22; (2)=95; (3)=14; (4)=213; (5)=89

Tabla 6. Características de los Resultados en Salud en Mujeres con Citología Anormal ESE Ladera. 2010

Característica	n	%
Diagnóstico Final (1)	n=87	
Cáncer	1	1,1
Lesión Cervical diferente a cáncer	70	80,5
Otro	16	18,4

No dato (1) =193

6. 2 Análisis Bivariado

6.2.1. Análisis Bivariado para componente medioambiental

La Tabla No 7 da cuenta de las características del componente Medio ambiente para las mujeres con citología anormal en relación a la oportunidad a métodos diagnósticos. El número máximo de mujeres que tienen oportunidad es de 36 mujeres (Características:

Comuna IPS de atención, ubicación geográfica por punto de Atención de la Red de la ESE Ladera, Entidad Promotora de Salud, Aseguramiento y cumplimiento de la ruta) y el mínimo es de 2 (Características: Contacto utilizado por la IPS para la Valoración médica y contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la Revisión Médica de los exámenes diagnósticos). En las mujeres que no tienen oportunidad el número máximo es 244 (Características: Comuna IPS de atención, ubicación geográfica por punto de Atención de la Red de la ESE Ladera) y el mínimo 10 (Contacto utilizado por la IPS para seguimiento a la Valoración Médica y Contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la Revisión Médica de los exámenes diagnósticos).

Para las variables “Ubicación geográfica por lugar de Residencia de la Usuaría” se identifica que la probabilidad para acceder a los métodos diagnósticos de citología anormal es 82% menos en las mujeres de la zona rural comparado con las mujeres de la zona urbana. En la Variable “Comuna IPS de atención ESE Ladera” la probabilidad de acceder a métodos diagnósticos dado que una mujer asiste a IPS ubicadas en la comuna 3 es de 93% menos de las que asisten a la Comuna 1, Si la IPS está ubicada en la comuna 20, la probabilidad para acceder oportunamente a métodos diagnósticos es 58% menos, y si la IPS queda en la zona rural la probabilidad de acceder oportunamente a los métodos diagnósticos es 80% menos que las de la comuna 1. Aunque los RR Crudos para estas características, tienen valores P significativos, y los intervalos de confianza no contienen el valor nulo se encuentran en las celdas comparadas muy pocas observaciones, por ejemplo 1 o dos mujeres, lo que se debe a múltiples categorías al interior de las Variables. Existe significancia estadística, sin embargo hay poca precisión, evidente por la amplitud de los intervalos. En ambas variables el punto de comparación es la Comuna 1, si se cambia el estrato para el cálculo de los RR, es probable que estas P cambien de significancia, además podría existir cierta confusión entre variables que con los RR Crudos no se podrían identificar y establecer adecuadamente la asociación entre la exposición y tener o no oportunidad para la confirmación diagnóstica, en consecuencia se propone una reagrupación de categorías en las variables en urbano y rural.

Para características “Exámenes Diagnósticos realizados”, “Valoración Médica para revisión de Resultados de exámenes de diagnóstico”, “Cumplimiento de Ruta para el acceso a Diagnóstico y Seguimiento”, entre las mujeres con oportunidad y con no oportunidad, aunque también se presentan frecuencias absolutas pequeñas, su tamaño es mayor que el de las variables anteriormente mencionadas de Ubicación de la usuaria y de la IPS en comunas. De las mujeres con citología anormal 171 tuvieron Valoración Médica de la citología anormal, y de estas 19% (33 mujeres) tuvieron una valoración médica oportuna, sin embargo, no se encontró significancia estadística entre las mujeres que recibieron la valoración médica y las que no para el ingreso oportuno al diagnóstico.

La probabilidad a un oportuno acceso a los métodos diagnósticos es 55% mayor cuando se realiza el examen de Colposcopia Biopsia, que cuando se realiza la colposcopia solamente (RR=0,45 IC95% [0,25-0,81] p=0,08). Para el diagnóstico no es suficiente la colposcopia solamente, sin embargo, dado que la información se consolidó de fuentes

secundarias, es probable que no se haya registrado, sin embargo, es la información que se pudo evidenciar. Las mujeres que cumplen con la ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento tienen una probabilidad de 6,51 veces más de acceder a un diagnóstico oportuno que las que no cumplen la ruta (RR=7,51 IC95% [6,01-9,39], p=0,0000). Se observó 27 mujeres que cumplieron con la ruta pero que su acceso no fue oportuno, pues el periodo entre la toma de la citología y el acceso a los métodos diagnósticos y a la valoración médica para la revisión de los exámenes y diagnóstico final fue mayor a 90 días.

Tabla No 7. Distribución de las mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en cada una de las características del Componente Medioambiental.

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n	(%)	n	(%)			
Ubicación geográfica por lugar de residencia de la usuaria	n=35		n=200				
Urbano	34	97,1	168	84,0			
Rural	1	2,9	32	16,0	0,18	[0,025 -1,1276]	0,086*
Comuna IPS de atención ESE Ladera	n=36		n=244				
1	13	36,1	31	12,7			
3	1	2,8	51	20,9	0,07	[0,009- 0,480]	0,007*
17	1	2,8	7	2,9	0,42	[0,06-3,053]	0,373
18	10	27,8	60	24,6	0,48	[0,23-1,01]	0,052
20	9	25,0	63	25,8	0,42	[0,20-0,91]	0,027*
Rural	2	5,6	32	13,1	0,20	[0,05-0,83]	0,026*
Ubicación geográfica por IPS ESE Ladera	n=36		n=244				
Urbano	34	94,4	212	86,9			
Rural	2	5,6	32	13,1	0,43	[0,11-1,70]	0,23*
Aseguramiento	n=36		n=243				
Si	28	77,8	183,0	75,3	1,128	[0,54-2,36]	0,749**
No	8	22,2	60,0	24,7	1		
Contacto IPS con usuaria para ingreso a seguimiento	n=14		n=47				
Si	11	78,6	42	89,4	1		
No	3	21,4	5	10,6	0,55	[0,19-1,58]	0,268
Contacto utilizado por la IPS para Ingresar a Seguimiento de Citología anormal	n=8		n=40				
Llamada Telefonica	7	87,5	31,0	77,5	1		
Visita Domiciliaria	0	0,0	4,0	10	1	-	-
Otro	1	12,5	5,0	12,5	0,90	[0,13-6,24]	0,919

*Se incluyen en el modelo final por $p < 0,05$

**Variables que no alcanzan o, pero se presionan a entrar en el modelo por componente teórico

(Continuación)

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n	(%)	n	(%)			
Valoración médica resultado citología anormal	n=33		n=138				
Si	32	97,0	136,0	98,6	1		
No	1	3,0	2,0	1,4	0,57	[0,11-2,93]	0,502
Contacto utilizado por la IPS para seguimiento a la Valoración	n=2		n=10				
Llamada Telefonica	2	100	8,0	80	1		
Visita Domiciliaria	0	0,0	2,0	20	1	-	-
Solicitud de exámenes diagnósticos durante la valoración médica	n=32		n=122				
Si	30	93,8	114,0	93,4	1,04	[0,29-3,76]	0,95
No	2	6,3	8,0	6,6	1		
Exámenes diagnósticos solicitados	n=30		n=117				
Colposcopia	3	10,0	3,0	2,6	1		
Colposcopia Biopsia	27	90,0	110,0	94,0	0,39	[0,16-0,94]	0,036*
Otro	0	0,0	4,0	3,4	1	-	-
Realización de exámenes diagnósticos en la valoración médica	n=26		n=54				
Si	26	100,0	48	88,9	-	-	-
No	0	0,0	6	11,1	1		
Exámenes diagnósticos realizados	n=26		n=50				
Colposcopia	6	23,1	3	6,0	1		
Colposcopia Biopsia	20	76,9	47	94,0	0,45	[0,25-0,81]	0,008*
Contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la toma de los exámenes diagnósticos	n=3		n=14				
Llamada Telefónica	3	100,0	8	57	1		
Visita Domiciliaria	0	0,0	6	43	1	-	-
Valoración médica para revisión de resultados de exámenes de diagnóstico	n=36		n=117				
Si	36	100,0	37	31,62	1		
No	0	0,0	80	68,38	1	-	-
Contacto utilizado por la IPS para el seguimiento a la revisión médica de los exámenes diagnósticos	n=2		n=10				
Llamada Telefonica	1	50,0	6,0	60	1		
Visita Domiciliaria	0	0,0	4,0	40	1	-	-
Otro	1	50,0	0,0	0	6,99	[1,05-46,57]	0,044*
Cumplimiento de ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento	n=36		n=234				
Si	16	44	27	11,5	7,51	[6,01-9,39]	0,0000*
No	20	56	207	88,5	1		

*Se incluyen en el modelo final por p<0,25

**Variables que no alcanzan p, pero se presionan a entrar en el modelo por componente teorico

Análisis Multivariado Componente Medio Ambiental.

Las variables incluidas fueron Aseguramiento (como una reagrupación de la variable Entidad Promotora de Salud), “Ubicación geográfica de la IPS,” exámenes diagnósticos solicitados” y “cumplimiento de ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento”.

En la Tabla No 8 entonces se presenta el Modelo Multivariado y la comparación con los RR Crudos de esas variables del Componente medioambiental, donde se identifica que todas las variables presentan confusión al compararlos con los RR ajustados, bien sea subestimando la asociación como en el caso de ubicación geográfica de la IPS (RR crudo 0,43 vs RR Ajustado 1,07) o sobreestimando la asociación como en el caso de Aseguramiento (RR Crudo 1,13 vs RR ajustado 0,77), Exámenes diagnósticos solicitado para colposcopia biopsia (RR crudo 0,39 vs RR ajustado 0,20) y Cumplimiento de la ruta para el acceso diagnóstico y seguimiento (RR crudo 7,51; RR Ajustado 6,71)

Tabla No 8. Análisis Multivariado para las características del Componente Medioambiental para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.

Característica	RR crudo	RR Ajustado	[IC 95%]	valor p	DELTA
Aseguramiento					
No	1	1			
Sí	1,13	0,77	0,4 1,45	0,41	-32,08
Ubicación geográfica de la IPS					
Urbano	1	1			
Rural	0,43	1,07	0,29 3,998	0,92	151,69
Exámenes diagnósticos solicitados					
Colposcopia	1	1			
Colposcopia Biopsia	0,39	0,20	0,12 0,327	0,000	-49,57
Otro	1	1	- -	-	-
Cumplimiento de ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento					
No	1	1			
Sí	7,51	6,71	4,84 9	0,000	-10,61

Nota: El modelo incluyó 147 observaciones

6.2.2 Análisis bivariado en el componente de características de la población y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

Las mujeres con citología anormal en el grupo de 38 a 75 años tienen un 82% menos probabilidad de acceder a un diagnóstico oportuno que las mujeres en el grupo de 14 a 21 años, de igual manera por cada año más de edad la oportunidad para acceder a un diagnóstico oportuno disminuye un 4%. Las mujeres casadas tienen una probabilidad de 19 veces más de acceder a un diagnóstico oportuno en comparación con las solteras, y al reagrupar las categorías en Estado Civil como unidas y solteras, estas últimas tienen una probabilidad de 57,5% menos de acceder a un diagnóstico oportuno comparadas con las casadas. Las mujeres que tienen entre 2 a 3 gestaciones tienen una probabilidad 63%

menos de acceder al diagnóstico, comparada con las mujeres que no tienen ninguna gestación. Para las variables Educación, Etnia no fue posible determinar asociaciones debido a que estas variables tenían muy pocos datos diligenciados. Tampoco se pudo determinar asociaciones para la variable Régimen de afiliación. No se encontró significancia estadística para las variables relacionadas con resultado de citología anormal, Procedimientos en cuello, discapacidad, nivel de Sisben y severidad sospecha diagnóstica en las Lesiones, sin embargo para esta última desde el punto de vista teórico se incluyó en los análisis Multivariados, tanto para el componente de Características de población como para el Modelo de análisis Multivariado final con todos los componentes.

Análisis Multivariado Componente Características de la Población

Las variables incluidas fueron: Edad agrupada por cuartiles, Estado civil, Procedimiento previo en cuello uterino, Severidad de Sospecha diagnóstica en las lesiones y Multiparidad. Al revisar el Modelo en la Tabla No 10 sólo se encontró significancia estadística en la variable Estado Civil, donde se encuentra una sobrestimación de la asociación para las mujeres casadas (RR crudo 20,89 vs RR ajustado 9,77). Exceptuando la variable Edad agrupada por cuartiles en la categoría de 28 a 37 años en todas las demás categorías de esta variable y en las otras variables se presentó confusión en los cálculos de las asociaciones.

6.2.3 Análisis Bivariado en el Componente Comportamientos en Salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

En la Tabla No 11 se observa que las mujeres que se realizaron la última citología entre los años 2009 y 2010 tienen una probabilidad de 3 veces más de acceder a diagnóstico oportuno que las mujeres que tienen como año de última citología los años 2004 a 2008. Para las variables de Realización de citología previa, Resultado anterior citología, Uso de método anticonceptivo, Tipo de método anticonceptivo, Embarazo actual, Inscripción a Programas de Promoción y Prevención y tipo de servicio de salud utilizado en el último año no se encontró significancia estadística en las asociaciones reportadas.

Análisis Multivariado Componente comportamientos en Salud

Las variables incluidas en el Modelo Multivariado para el componente de comportamientos en Salud fueron año de última citología (Variable reagrupada con los años reportados), Uso de método anticonceptivo y Embarazo actual. Las mujeres que se realizan citología en los años más recientes (2009-2010) tienen una probabilidad de 3,8 veces más de acceder a un diagnóstico oportuno que las mujeres que se tomaron su última citología anterior al año 2009 (2004-2008), no se identificó confusión para esta asociación que continua siendo significativa en el RR ajustado, para las demás variables se identifica confusión donde se estaban sobreestimando las asociaciones, además de existir confusión cualitativa, por cambiar de un estado de protección la asociación a riesgo para el acceso oportuno

Tabla No 9. Análisis bivariado en el componente de características de la población y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n	(%)	n	(%)			
Edad agrupada por cuartiles	n=36		n=244				
de 14 a 21 años	12	33,3	61	25,0	1		
de 22 a 27 años	13	36,1	60	24,6	1,08	[0,53-2,22]	0,826
de 28 a 37 años	9	25,0	59	24,2	0,81	[0,362-1,792]	0,595
de 38 a 75 años	2	5,6	64	26,2	0,18	[0,043-0,795]	0,023*
Edad continua	n=36		n=244				
de 14 a 75 años	36	100,0	244	100,0	0,96	[0,931-0,991]	0,011 *
Estado civil	n=16		n=117				
Soltera	9	56,3	94	80,3	1		
Casada	2	12,5	1	0,9	20,89	[2,76-21,13]	0,000 *
Unión Libre	4	25,0	20	17,1	1,91	[0,64-5,70]	0,248
Viuda	1	6,3	2	1,7	3,82	[0,680-21,394]	0,194
Estado civil 2	n=16		n=117				
Unidas (Union Libre+Casadas)	6	37,5	21	17,9	1		
Solteras (Solteras+Viudas)	10	62,5	96	82,1	0,425	[0,169-1,069]	0,077*
Nivel educativo	n=2		n=28				
Primaria	0	0,0	10,0	35,7	1		
Secundaria	2	100,0	14,0	50,0	1	-	-
Tecnico/Tecnologico	0	0,0	1,0	3,6	1	[0,124-8,091]	1
Otro	0	0,0	3,0	10,7	1	[0,269-3,091]	1
Resultado anterior citología	n=24		n=151				
Normal	21	87,5	135	89,4			
Anormal	3	12,5	16	10,6	1,173	[0,385-3,578]	0,779
Procedimiento previo en cuello uterino	n=37		n=206				
Sí	5	13,5	30,0	14,56	1,074	[0,443-2,605]	0,874**
No	32	86,5	176	85,44	1		

*Se incluyen en el modelo final por $p < 0,25$

**Variables que no alcanzan p, pero se presionan a entrar en el modelo por componente teórico

Continuación

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n	(%)	n	(%)			
Etnia	n=20		n=73				
Mestizo	2	10,0	7,0	9,6			
Afrodescendiente	0	0,0	1,0	1,4	1	-	-
Indígena	0	0,0	1,0	1,4	1	-	-
Otro	18	90,0	64,0	87,7	0,988	[0,270-3,609]	0,985
Discapacidad	n=127		n=142				
Sí	2	1,6	7,0	4,9			
No	25	19,7	135,0	95,1	0,703	[0,196-2,524]	0,589
Régimen de afiliación	n=36		n=243				
Contributivo	0	0,0	8	3,3	1		
Subsidio Total	28	77,8	174	71,6	-	-	-
Subsidio Parcial	0	0,0	1	0,4	-	-	-
Vinculado	8	22,2	60	24,7	-	-	-
Nivel de Sisben	n=29		n=169				
Nivel 0	1	3,4	13	7,7			
Nivel 1	21	72,4	108	63,9	2,279	[0,330-15,759]	0,404
Nivel 2	7	24,1	48	28,4	1,782	[0,237-13,386]	0,575
Severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones	n=32		n=229				
Anormalidades del epitelio escamoso de naturaleza indeterminada	10	31,3	53	23,1	1		
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Dsiplasia leve NIC I)	17	53,1	132	57,6	0,719	[0,348-1,484]	0,372
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II)	2	6,3	23	10,0	0,504	[0,118-2,145]	0,354
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia Severa/carcinoma in situ NIC II)	3	9,4	5	2,2	2,363	[0,817-6,833]	0,112*
Carcinoma escamocelular invasivo	0	0,0	3	1,3	1	-	-
Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada	0	0,0	5	2,2	1	-	-
Otro	0	0,0	8	3,5	1	-	-
Severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones2	n=32		n=229				
Alta severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones	5	15,625	31	13,5	1,157	[0,476-2,815]	0,747**
Baja severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones	27	84,375	198	86,5	1		
Multiparidad	n=34		n=221				
Ninguna gestación	11	32,4	35	15,8	1		
Una gestación	10	29,4	54	24,4	0,653	[0,303-1,411]	0,278
Entre 2 a 3 gestaciones	10	29,4	103	46,6	0,37	[0,169-0,812]	0,013*
cuatro o más gestaciones	3	8,8	29	13,1	0,392	[0,118-1,297]	0,125*

*Se incluyen en el modelo final por $p < 0,25$

**Variables que no alcanzan p, pero se presionan a entrar en el modelo por componente teórico

Tabla No 10. Análisis Multivariado del Componente Características de la población para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.

Característica	RR crudo	RR Ajustado	[IC 95%]		valor p	DELTA
Edad agrupada por cuartiles						
de 14 a 21 años	1					
de 22 a 27 años	1,08	2,88	0,63	13,28	0,175	166,02
de 28 a 37 años	0,81	0,89	0,134	5,85	0,899	9,26
de 38 a 75 años	0,184	0,84	0,093	7,55	0,876	355,98
Estado Civil						
Soltera	1					
Casada	20,89	9,77	3,025	31,558	0,000	-53,22
Unión Libre	1,91	1,55	0,346	6,91	0,569	-18,98
Viuda	3,82	1	-	-	-	-
Procedimiento previo en Cuello Uterino						
Sí	1,074	1,45	0,534	3,94	0,466	35,01
No	1					
Severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones						
Anormalidades del epitelio escamoso de naturaleza indeterminada	1					
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Dsiplasia leve NIC I)	0,72	0,86	0,264	2,77	0,796	19,05
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II)	0,50	1	-	-	-	-
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia Severa/carcinoma in situ NIC II)	2,36	1	-	-	-	-
Carcinoma escamocelular invasivo	1	1	-	-	-	-
Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada	1	0,28	0,027	2,84	0,28	-72,2
Otro	1	1	-	-	-	-
Multiparidad						
Ninguna gestacion	1					
Una gestación	0,65	0,40	0,076	2,08	0,27	-39,05
Entre 2 a 3 gestaciones	0,37	0,71	0,231	2,21	0,56	92,97
cuatro o más gestaciones	0,39	1	-	-	-	-

Nota: El modelo incluyó 109 observaciones

Tabla No 11. Análisis bivariado en el componente Comportamientos en Salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n	(%)	n	(%)			
Realización de citología previa	n=34		n=224				
No	5	14,71	41	18,3	1		
Sí	29	85,29	183	81,7	1,26	[0,514-3,082]	0,615
Resultado anterior citología	n=24		n=151				
Normal	21	87,5	135	89,4			
Anormal	3	12,5	16	10,6	1,17	[0,385-3,578]	0,779
Año última citología	n=24		n=161				
2004	1	4,2	1	0,6	1		
2005	0	0,0	2	1,2	1	-	-
2006	0	0,0	1	0,6	1	-	-
2007	0	0,0	5	3,1	1	-	-
2008	1	4,2	44	27,3	0,04	[0,004-0,484]	0,011
2009	21	87,5	102	63,4	0,34	[0,081-1,446]	0,145
2010	1	4,2	6	3,7	0,29	[0,029-2,819]	0,283
Año última citología	n=24		n=161				
Entre 2004 a 2008	2	8,3	53	32,9	1		
Entre 2009 a 2010	22	91,7	108	67,1	4,65	[1,129-19,188]	*0,033
Usa método anticonceptivo	n=34		n=232				
No	16	47,06	115	49,57	1		
Sí	18	52,94	117	50,43	1,09	[0,581-2,050]	**0,785
Tipo de método anticonceptivo usado	n=33		n=222				
Ningún método	16	48,5	115	51,8	1		
DIU	4	12,1	16	7,2	1,64	[0,608-4,413]	0,344
Anticonceptivo Oral	1	3,0	10	4,5	0,74	[0,108-5,118]	0,764
Otro método	12	36,4	81	36,5	1,06	[0,524-2,130]	0,878
Embarazo actual (2010)	n=35		n=235				
No	32	91,43	207	88,09	1		
Sí	3	8,57	28	11,91	0,72	[0,235-2,226]	0,572
Inscripción en Programa de PyP	n=10		n=57				
No	4	40,0	23	40,35	1		
Sí	6	60,0	34	59,65	1,01	[0,312-3,282]	0,983
Tipo de Servicio de Salud utilizado en el último año	n=23		n=167				
Urgencias	10	43,48	65	38,92	1		
Cosulta Externa	10	43,48	92	55,09	0,74	[0,322-1,680]	0,466
Promoción y Prevención	3	13,04	10	5,99	1,73	[0,547-5,472]	0,350

*Se incluyen en el modelo final por $p < 0,25$

**Variables que no alcanzan p, pero se presionan a entrar en el modelo por componente teórico

Tabla No 12. Análisis Multivariado del Componente Comportamientos en Salud para mujeres con citología anormal con oportunidad y no oportunidad al acceso a métodos diagnósticos en la ESE Ladera 2010.

Característica	RR crudo	RR Ajustado	[IC 95%]	valor p	DELTA
Año última citología					
Entre 2004 a 2008	1	1			
Entre 2009 a 2010	4,654	4,866	1,2 19,3	*0,024	4,555
Usa método anticonceptivo					
No	1	1			
Si	1,092	0,779	0,4 1,65	0,513	-28,66
Embarazo actual (2010)					
No	1	1			
Si	0,723	0,435	0,1 3,08	0,404	-39,83

Nota: El modelo incluyó 184 observaciones

6.2.4 Análisis Bivariado en el Componente de Resultados en Salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

En las mujeres con citología anormal se observa que un 75% de las mujeres que no tuvieron un diagnóstico oportuno, no recibieron un diagnóstico final, y un 25% de ellas aunque no oportuno sí recibió un diagnóstico final. No fue posible el cálculo de las asociaciones por la presencia de celdas en 0. Dado que el componente de Resultados en Salud en el estudio se definió con una sola variable, no se realizó análisis Multivariado para este componente.

Tabla No 13. Análisis Bivariado en el Componente de Resultados en Salud y el acceso oportuno a diagnóstico de mujeres con citología anormal.

Característica	Oportuno		No Oportuno		RR	[IC 95%]	valor p
	n=36	(%)	n=244	(%)			
Diagnóstico Final							
No	0	0	184,0	75,4			
Sí	36	100	60,0	24,6	1	-	-

6.3 Análisis Multivariado final con todos los componentes del Modelo Teórico.

Las variables seleccionadas fueron las siguientes por componente:

1. Componente Medio Ambiente: Aseguramiento, cumplimiento de Ruta para el acceso a Diagnóstico y Seguimiento.
2. Componente Características de la Población: Edad agrupada por cuartiles y Severidad de Sospecha diagnóstica en las lesiones.
3. Componente Comportamientos en Salud: Año última Citología y Usa método anticonceptivo

Este modelo Multivariado incluyó 167 Observaciones y se realizó la prueba estadística de diagnóstico en relación al hecho de que tanto los datos en el modelo de este estudio se ajustan a la distribución de probabilidad seleccionada en este caso de Poisson. Al aplicar la prueba de bondad de ajuste Chi², esta mostró que los datos del modelo se ajustan bien al comportamiento de la distribución de probabilidad seleccionada, pues el valor de P dio como resultado 1, es decir, no podemos rechazar la hipótesis nula de que los datos se ajustan a la distribución de probabilidad seleccionada ($\text{Prob} > \chi^2 = 1.000$).

Las variables estadísticamente significantes para determinar los factores asociados al acceso oportuno (acceso al diagnóstico final junto con la valoración médica y los resultados de las pruebas diagnósticas en tres meses o menos) a los métodos diagnósticos de las mujeres con citología anormal en la ESE Ladera entre las mujeres que tuvieron un acceso a un diagnóstico oportuno y aquellas mujeres que no fueron: El cumplimiento de Ruta para el acceso a Diagnóstico y Seguimiento, teniendo una probabilidad de 7,07 veces más las mujeres con citología anormal que cumplen la ruta en relación con las que no la cumplen ($\text{RR}=8,07$ IC95% 4,89; 13,19), también se identificó que esta variable no presentaba confusión en el componente ambiental, pues el RR crudo en comparación con el RR en el Multivariado su incremento fue menor al 10%; La Severidad sospecha diagnóstica siendo las mujeres con resultados Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II) las que tienen menos probabilidad al acceso a métodos diagnósticos ($\text{RR}=0,371$ IC95% 0,141;0,979), la asociación de esta variable se encontraba subestimada en el componente de características de la población en Necesidad (RR crudo 0,504 vs RR Ajustado 0,37). Para las variables de aseguramiento ($\text{RR}=0,725$ IC 95% 0,320; 1,645), Edad agrupada por cuartiles ($\text{RR}=0,855$ IC95% 0,342; 2,135; $\text{RR}=1,157$ IC95% 0,444; 3,015 y $\text{RR}=1,981$ IC95% 0,234; 5,151), Año última citología ($\text{RR}=1,521$ IC95% 0,429; 5,385) y el uso de método anticonceptivos ($\text{OR}=0,491$ IC95% 0,235; 1,027) no se encontró significancia estadística ($p>0,05$).

Tabla No 14. Análisis Multivariado final con todos los componentes del Modelo Teórico: Medio ambiente, Características de la población, Comportamientos en Salud.

Componente del Modelo Teórico	Característica	RR crudo	RR Ajustado	[IC 95%]		valor p	DELTA
Medioambiental (Sistema de Cuidado)/Características de la Población (Recursos Disponibles)	Aseguramiento						
	No	1	1				
	Sí	1,128	0,725	0,320	1,645	0,442	-35,72
Medioambiental (Sistema de Cuidado)	Cumplimiento de ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento						
	No	1	1			*	
	Sí	7,51	8,07	4,89	13,319	0,00	7,46
Características de la Población (Características de Predisposición)	Edad agrupada por cuartiles						
	de 14 a 21 años	1					
	de 22 a 27 años	1,083	0,855	0,342	2,135	0,737	-21,05
	de 28 a 37 años	0,81	1,157	0,444	3,015	0,766	42,84
	de 38 a 75 años	0,184	1,981	0,234	5,151	0,906	976,63
Características de la Población (Características de necesidad)	Severidad de sospecha diagnóstica en las lesiones						
	Anormalidades del epitelio escamoso de naturaleza indeterminada	1					
	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Dsiplasia leve NIC I)	0,719	1,120	0,630	1,990	0,700	55,771905
	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II)	0,504	0,371	0,141	0,979	0,045*	-26,388889
	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia Severa/carcinoma in situ NIC II)	2,363	1,355	0,457	4,016	0,584	-42,657639
	Carcinoma escamocelular invasivo	1	1	-	-	-	-
	Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada	1	1	-	-	-	-
	Otro	1	1	-	-	-	-
Comportamientos en Salud (Prácticas personas en salud y uso de Servicios)	Año última citología						
	Entre 2004 a 2008	1					
	Entre 2009 a 2010	4,654	1,521	0,429	5,385	0,516	-67,318436
	Usa método anticonceptivo						
	No	1					
	Sí	1,092	0,491	0,235	1,027	0,059*	-55,03663

7. DISCUSION

Respecto a la oportunidad al acceso a métodos diagnósticos de mujeres con citología anormal.

En la ciudad de Cali, no se han publicado estudios relacionados con la oportunidad para el acceso a métodos diagnósticos para citología anormal. A nivel nacional se han realizado investigaciones que han medido la oportunidad en días desde la toma de citología hasta la entrega del reporte de la misma, y desde la entrega de la citología hasta la realización de la colposcopia, pero no de todo el proceso hasta el acceso a diagnóstico final, adicionalmente estos estudios nacionales se han focalizado en los resultados de citología de Lesiones Intraepiteliales de Alto grado, situación que dificulta la comparabilidad de los resultados entre los estudios ^{12, 73}; sin embargo, al respecto, la legislación vigente en Colombia define que se debe realizar seguimiento a todos los resultados de citología anormal según la clasificación Bethesda con acceso a Colposcopia y Biopsia y no sólo a las Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG), lineamiento que se tuvo en cuenta en este estudio¹⁰⁷.

En relación a la entrega de reporte de la citología anormal de LEIAG, a nivel nacional en un estudio desarrollado por el Instituto Nacional de Cancerología, el rango de la mediana de días en los departamentos estudiados estuvo entre 19 a 34 días para el reporte de la toma de citología¹², otro estudio realizado en el Departamento de Caldas reportó que el promedio de días fue 36 y 35 días para los años 2005 y 2006 días respectivamente con variaciones en el reporte de la toma de citología entre 2 hasta 491 días ³². Un estudio realizado en Medellín encontró que el tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y la entrega del resultado osciló entre 15 días y un mes ¹¹⁵.

En este estudio se encontró un promedio y una mediana mayor a los reportados en los estudios anteriores con un promedio de 51 días y una mediana de 41 días, pero el rango es mucho menor que el estudio de Caldas, entre 13 y 215 días. Es importante tener presente que los estudios mencionados anteriormente no refieren la descripción de la forma en que se hace el reporte de la citología o quién lo hace, que en este estudio se definió como la realización de consulta médica de valoración para la entrega de la misma, es probable que al definir este criterio se podrían afectar los tiempos, teniendo un mayor número de días para acceder a la consulta médica, en comparación con el hecho que el reporte de la citología anormal fuera realizada por otro personal de salud; sin embargo, este criterio se aplicó de acuerdo a los estándares definidos en la ESE frente a que las usuarias con citología anormal son abordadas por el Médico del Programa.

El incluir en este estudio los tiempos entre la toma y la lectura de citología que estuvo para la ESE en promedio en 16 días, con una mediana de 14 y un rango entre 2 y 174 días permite por una lado la evaluación del desempeño del Laboratorio (días para la lectura), pero sobre todo plantea la identificación de situaciones en la articulación de los

servicios que podrían estar afectando esos tiempos, por ejemplo, en los puntos de atención de la ESE Ladera, no se realizan las lecturas de las citologías, solo la toma de las mismas, para el año 2010, estas lecturas de citologías se realizaban de manera centralizada en el Laboratorio del Centro de Salud Diego Lalín de la ESE Centro, sin embargo, la ESE Ladera tiene una dispersión de sus puntos de atención no sólo en la zona urbana en su área de influencia, sino también en la zona rural, situación que no tienen otras ESEs de la Ciudad de Cali y que podría influenciar finalmente el tiempo en el reporte de la citología.

El tiempo entre la toma y la lectura en el laboratorio debe llevar a identificar en que pasos del proceso se están presentando la mayor concentración de tiempo, así como explorar la disponibilidad de los laboratorios para el procesamiento de las muestras no sólo entre las áreas urbano rurales, sino en los centros urbanos en relación al número de sitios para la toma y la capacidad de respuesta de los laboratorios para la lectura y el rendimiento de los mismos.

Howell y colaboradores encontraron en California, Estados Unidos que el tiempo entre la toma de la citología hasta el diagnóstico final varió desde 26 hasta 121 días. En este estudio se encontró que la oportunidad al acceso a métodos diagnósticos de las mujeres con citología anormal (LEI) en las mujeres en la ESE Ladera fue en promedio 122 días, con una mediana de 99 días y un rango que osciló entre 23 y 438 días. Al respecto los múltiples pasos en la ruta de atención, la no ejecución de responsabilidades y roles dentro de la ruta de atención, relacionadas por ejemplo con el aseguramiento o no de las usuarias y las disposiciones que al respecto se definen para el acceso a los métodos diagnósticos, tales como la contratación, autorizaciones entre otras; la responsabilidad del seguimiento en cabeza del médico del programa, y un sistema de información desarticulado entre el tamizaje y el diagnóstico^{12, 80, 85} con un enfoque de cumplimiento de citas y no con un enfoque de trazabilidad del riesgo y que evidencie las diferentes atenciones^{49, 80, 115}; las cosmovisiones que frente al cáncer de cuello uterino y frente a los resultados de la citología tienen las mujeres en Colombia y en la ESE Ladera^{53,78,116} podrían estar explicando este mayor número de días en este estudio. Aunque en este estudio no se evaluó la percepción de las mujeres frente al cáncer de cuello uterino y los resultados de la citología diversos estudios señalan esta situación como una variable importante para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y el diagnóstico oportuno^{53, 78,116}

La resolución 412 de 2000 que establece la norma técnica de detección de cáncer de cuello uterino y la Guía de atención de Lesiones Preneoplásicas de Cuello uterino, en relación al tiempo entre los pasos y procedimiento diagnósticos solo menciona que es importante resaltar la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados los 30 días no regresen a reclamar su reporte, sin embargo en esta misma norma reitera que las Unidades de tamizaje deben encargarse no sólo de la toma de la citología por parte de un médico o enfermera, sino que deben garantizar los informes de los resultados, hacer el seguimiento de los casos problema, manejar el esquema 1-1-3 en

la población objeto y remitir a un nivel superior a las usuarias que requieran de un procedimiento diagnóstico definitivo (Unidades de Colposcopia y Patología cervicouterina, nivel II).

La Unidad de Tamizaje debe realizar búsqueda activa de todas las mujeres con resultado de Citología anormal u otros casos de remisión inmediata (lesión tumoral cervical visible o sintomatología de sangrado intermenstrual, postcoito o postmenopáusico; se les debe explicar el resultado o causa de remisión y orientarlas para el diagnóstico y tratamiento definitivo, asegurando su atención en el otro organismo de referencia. Así mismo refiere que los procedimientos diagnósticos deben ser realizados por Unidades de Patología Cervical y Colposcopia (UPCC); sin embargo, no es claro en cuanto tiempo debe transcurrir esto. Al respecto Países como Chile y Guatemala¹¹⁷ tanto en sus documentos técnicos, Normas Técnicas o Guías de detección temprana y Atención⁵², así como desde el marco legal en salud¹¹⁸, han desarrollado el concepto de garantías de oportunidad y de calidad, donde para cada paso se define los tiempos y las metas en tiempo, donde se espera que el proceso a acceso a diagnóstico final con la realización de los exámenes diagnósticos ocurra en tres meses. En los mismos, por ejemplo, se espera un tiempo establecido de 15 días calendario máximo, entre la toma de la muestra y el informe citológico para el 100% de las muestras, o tiempos establecidos de 20 días calendario máximo, entre la toma de la muestra y el examen de colposcopia para el 100 % de los casos patológicos, así como para el acceso a tratamiento: 30 días calendario máximo entre el examen colposcópico y el inicio del tratamiento para los casos de lesiones pre cáncer que lo requieran y 60 días máximos entre la toma de la muestra y el inicio del tratamiento para los casos que lo requieran en caso de cáncer avanzado^{52, 117, 118}

La normatividad actual en Colombia establece el seguimiento a las mujeres con citología anormal y el acceso oportuno al seguimiento, sin embargo no establece parámetros ni para el seguimiento, ni para la oportunidad como referentes o estándares para determinar la gestión de los programas en esos componentes (Resolución 412 de 2000). Esta misma situación se evidencia también en la ESE Ladera, donde a pesar de definir una ruta y unos pasos, no están claramente definidos los tiempos entre los mismos y en el proceso total de diagnóstico, ni tampoco se han desarrollado mecanismos que vigilen y realimenten de manera permanente el cumplimiento de los mismos.

Respecto a las características del Medioambiente

Medioambiente Externo.

Resultados de estudios realizados en el País, muestran en relación a la residencia de las usuarias para la toma de citologías un mayor porcentaje en la zona Urbana que la rural que oscilan entre 75% y 89%^{119, 120}, en este estudio el resultado fue de 86,3% lo que plantea un reto especial en la ciudad de Cali, y en abordaje de estas usuarias pues la concentración de las áreas rurales en Cali, se encuentra ubicada en esta ESE. Según el DANE, en el Municipio de Cali, el 95% de la población vive en el área urbana, lo cual

explica en parte el mayor énfasis que se encuentra en la población urbana en los diversos programas de salud pública.

En Dinamarca⁹⁶, el riesgo de sufrir largas demoras en la referencia hacia el ginecólogo o especialista fue asociado con el área de residencia, con un mayor riesgo de retrasos en las zonas rurales en comparación con las urbanas, también se encontró que Largas demoras de atención secundaria se asociaron con vivir en una zona de la capital. En estudio no se evaluó la oportunidad al acceso a especialista, sino al diagnóstico final entregado por el médico del programa y con la realización de las pruebas diagnóstica, en relación a relación a la zona de residencia de la usuaria esta variable no fue estadísticamente significativa para el análisis Multivariado, aunque en el análisis Bivariado si se encontró una menor probabilidad de acceder oportunamente a métodos diagnósticos en la zona rural cuando se comparaba con la Comuna 1 ubicada en la zona Urbana, la cual fue estadísticamente significativa.

En este estudio se identificó que un 6% de las usuarias con citología anormal de la ESE Ladera no residen en el área de influencia de la ESE, lo que podría estar explicado un poco por la ubicación de la población en los límites de las fronteras de las comunas, casos comunas 2, 4 y 6. También se identificaron comunas al otro extremo de la ciudad como es el Oriente de Cali, lo anterior podría ser un fenómeno que pudiese explicarse por factores relacionados con experiencias positivas o de buenas recomendaciones por los usuarios frente a la prestación de servicios que hace que motiven la escogencia en el uso del mismo para la atención; sin embargo, esto podría traer una carga adicional para los servicios, pues al momento de realizar los seguimientos por las diferentes estrategias que se hayan definido conlleva un esfuerzo mayor, sería importante medir en la ciudad realmente que tanto las personas reciben servicios donde residen, y si es por decisión del usuario o porque sencillamente es direccionado por su asegurador a ese lugar de atención, sobre todo porque uno de los principios del Sistema general de Seguridad Social en Salud es que los puntos de atención estén cerca a la residencia de los usuarios, pero, los usuarios tienen el derecho a elegir donde ser atendidos dentro de la red de servicios que le ofrece su asegurador, además porque en el contexto de lo que plantea la Ley 1438 de 2011¹²¹ con el enfoque de Atención primaria en Salud y Redes integradas de servicios enfocados en la territorialidad, habría que tener en cuenta estas condiciones para garantizar el seguimiento y la atención a los pacientes, independientemente del lugar donde estos residan, lo cual entonces para el caso de acceso oportuno a métodos diagnósticos, implica reconocer esta situación para definir estrategias de seguimiento diferenciales para las usuarias de acuerdo a sus condiciones.

Sistema de cuidado de Salud.

En relación al Sistema de Cuidado de Salud se observa que la ubicación de las IPS en las diferentes comunas que atendieron a las usuarias con citología anormal tiene un comportamiento muy similar al de lugar de residencia, 87.8% de las instituciones están ubicadas en la zona urbana y las instituciones con la mayor proporción de mujeres atendidas estaban ubicadas en las comunas 18 (25,0%) y 20 (25,7%). Sin embargo este

comportamiento es diferente para la comuna 3 que por lugar de residencia concentra 8,9% de la población de mujeres con citología anormal, pero en concentración de población atendida, se comporta muy similar a la Comunas 18 y 20 con un 18,6%, situación producto de que en la comuna 3 se encuentra ubicado la E.S.E. Hospital Básico Cañaveralejo, el cual es el principal referente en Instituciones prestadoras de salud para toda la ESE, en ese sentido es importante la definición de flujos de información entre las IPS de la ESE Ladera para que no se pierda el seguimiento de las usuarias, que podrían estar desplazando de los puestos de Salud o centros de Salud de su lugar de residencia, a la institución que tiene mayor tecnología o posibilidad de atención, o donde se encuentra centralizado el programa o atiende el médico del programa.

En diversos estudios⁷³ se ha identificado que problemas de demora en la detección y tratamiento resultan cuando el seguimiento a los tamizajes con resultado anormal no se hace, o es incorrecto o es muy escaso y esto puede ser explicado porque hay múltiples actividades específicas (pasos) y múltiples interfaces donde la información y/o la responsabilidad son transferidos entre el paciente y los proveedores, entre los proveedores y en las organizaciones de atención en salud⁷³, en el caso de la ESE Ladera, hay múltiples pasos e interfaces y hacer esos pasos visibles en relación al tiempo transcurrido, permite la revisión de los pasos del seguimiento, o inclusive si talvés no se han tenido contemplados algunos en el diseño del programa y del seguimiento actual. En este estudio de las 280 mujeres con citología anormal, fueron contactadas de forma activa para el seguimiento sólo el 21%, cuando el lineamiento para la organización es buscar activamente a todas las mujeres con citología anormal, adicionalmente, sólo el 26% de las mujeres se realizaron los exámenes diagnósticos, y una de las situaciones puede estar relacionada con el fraccionamiento de los servicios de salud, pues estas mujeres son seguidas en el nivel de baja complejidad o nivel 1 y por ejemplo los exámenes diagnósticos corresponden a nivel 2, por un lado, pero además deben ser autorizados por la respectiva entidad aseguradora, que tiene contratada una red de laboratorios que no se comunica con los servicios de baja complejidad, luego no hay referencia y contrareferencia y en muchos casos, es probable que las mujeres se realicen los exámenes, pero esta información no regresa a la IPS de nivel básico que no puede cerrar el caso, y basados en las fuentes secundarias como historias clínicas terminan al momento de evaluar, con unos largos tiempos para la realización de los exámenes diagnósticos. Finalmente sólo el 13% tuvieron un acceso a diagnóstico oportuno.

Respecto a las características de la Población

Frente a las características de la población se ha reportado que las mujeres de bajos ingresos y de minorías tienden a ser diagnosticadas en etapas posteriores y poseen mayores tasas de mortalidad⁸⁶⁻⁹³ entre otras razones porque adicionalmente tienen más complicaciones como hemorragia, anemia y los efectos adversos de la radioterapia situación que se agrava con la limitada disponibilidad de opciones de tratamiento y acceso a la atención especializada⁴⁸, adicionalmente las diferencias en el apoyo familiar entre los diferentes grupos étnicos, el acceso al transporte público en diferentes comunidades y los

prejuicios culturales sobre la atención médica pueden afectar el seguimiento en el caso de minorías étnicas y raciales^{79, 94} situación que unida a las barreras del idioma especialmente en población migrante tienen un efecto importante en el éxito de los programa de tamizaje para cáncer cervical^{88, 95}. En este estudio debido a las limitaciones con el diligenciamiento de los datos en los sistemas de información de las variables relacionadas con la Etnia, Ingresos económicos y Educación no fue posible evaluar estas asociaciones.

En un estudio en Dinamarca⁹⁶, largas demoras en la cita con el ginecólogo se asociaron con una menor edad. En este estudio se encontró una menor probabilidad de acceso a Diagnostico oportuno en las mujeres de mayor edad comparadas con las jóvenes, resultados contradictorios con el estudio en Dinamarca, sin embargo, esto podría estar explicado por el establecimiento de programas que no se focalizan en las poblaciones de riesgo pensando en cáncer y sólo desde el componente de Salud Sexual y Reproductiva como ha ocurrido en países de América Latina y en vías de desarrollo³².

Respecto a los comportamientos en Salud

Frente a los comportamientos de salud en un estudio realizado en México un importante porcentaje de pacientes que conocían el reporte de su anormalidad citológica tomó la decisión de no continuar con el proceso. Un elemento que explica este hecho es el peso que tiene la representación social del cáncer como sinónimo de muerte, el miedo a la muerte fue un factor que explicó las altas tasas de abandono en mujeres mexicanas con anormalidad citológica⁷⁷. Dado que está situación de representación social frente al cáncer no se evaluó en este estudio, cabe la posibilidad que también las mujeres de la ESE Ladera las presenten y que también esto influya en la decisión de continuar con el proceso diagnóstico, una vez se conoce el resultado de la citología anormal,

También es clave tener en cuenta que los programas de prevención enfocados en el control médico a mujeres en situación de vulnerabilidad pueden requerir estrategias educativas y de intervención únicas adaptadas los diferentes grupos étnicos. Algunos estudios han encontrado tasas optima de detección de cáncer cervical en mujeres jóvenes hispanas cuando los programa son bilingües y también cuando se cuenta con asesores comunitarios⁹⁸⁻¹⁰⁰ mientras otros autores plantean la necesidad de utilizar múltiples fuentes de información y educación como las iglesias y la televisión además del personal de salud para educar a las mujeres latinas y aumentar la toma de conciencia y la participación en este tipo de acciones¹⁰¹⁻¹⁰². Otras posibles acciones incluyen un enfoque terapéutico en el cual se realice la colposcopia y el tratamiento en una sola visita, pues la tasa de pérdida de seguimiento es menor¹⁰³.

8. FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Dentro de las fortalezas del estudio se encuentran la Triangulación de la información pues la información que se requería para el estudio se encontraba disponible en diferentes fuentes secundarias, las cuales se acoplaban y complementaban para el análisis, pudiendo utilizar una información que día a día se produce en los servicios de salud y que permite el análisis y la toma de decisiones.

Otra Fortaleza tiene que ver con la posibilidad de interactuar con diferentes actores que hacen parte de la ruta de atención para el acceso a diagnóstico oportuno de las mujeres con citología anormal y realimentar frente a la información que se produce.

La información que se solicitaba para el estudio exigía el cuantificar fechas exactas de los momentos de la atención y a medida que el tiempo transcurre, esto tiende a olvidarse por las personas, en ese sentido el recurrir a fuentes secundarias y registros permite controlar el sesgo de memoria de los individuos

Al no tenerse referencia de otro estudio en la ciudad que utilizará los registros de información en relación a la detección y diagnóstico de cáncer de cuello uterino el estudio se convierte en innovador.

Debido a que muchas personas cambian de residencia y sus datos de teléfono, en ocasiones ubicar a las personas se vuelve para el investigador muy complejo, además de la concertación de horarios para entrevista y diligenciamiento de los formularios, en el caso de este tipo de investigación, la información se encuentra en un determinado archivo, y con un solo contacto puedes conseguir la de muchas personas, sin tenerse que desplazar a muchos lugares para la consecución de la misma.

9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las limitaciones de los estudios que se realizan a partir de fuentes secundarias tiene que ver con la calidad de los datos disponibles, así como la disponibilidad de los mismos. En este estudio la calidad y la disponibilidad de los datos fue una limitante, pues a pesar de que todos los registros definidos para la captura de la información son de tipo legal, como la historia clínica, no necesariamente los datos se diligenciaron por el personal de salud, lo que por ejemplo afectó el establecimiento de ciertas asociaciones por 0 datos en las celdas.

De igual manera no se pudo realizar el ejercicio para las aseguradoras y si sus modelos de atención podrían influir en la oportunidad al acceso a métodos diagnósticos, por la no entrega de la información solicitada y los diferentes trámites administrativos que implicó la consecución de las mismas, pues debían solicitar la información al nivel central de la aseguradora y finalmente exceptuando una EPS, esta no se entregó.

Dado que es un estudio tipo cohorte retrospectiva a partir de fuentes secundarias y registros, hubo ciertas situaciones que no se pueden evaluar y que podrían afectar la oportunidad como por ejemplo las representaciones sociales frente al cáncer de cuello uterino, o frente al resultados de una citología, anormal y que podrían influir en la percepción de necesidad de la paciente en el uso de los servicios de salud, sin embargo, este tipo de situaciones no se puede evaluar con el diseño del estudio, pues implicaría entrevistas con las usuarias.

En este estudio no fue posible realizar comparaciones entre los diferentes regímenes de seguridad social por la no inclusión de mujeres afiliadas al régimen contributivo, las cuales se identificaron muy pocas en el estudio.

10. IMPACTOS EN SALUD PÚBLICA

- La medición de la oportunidad al acceso a métodos diagnóstico a mujeres con citología anormal en la red de IPS de la ESE Ladera del Municipio de Santiago de Cali, se puede establecer como un indicador de gestión y calidad de los programas.
- El fortalecimiento al registro y la calidad del dato para la toma de Decisiones.
- El mejoramiento y el desarrollo de un sistema de información articulado con las variables que permitan la focalización de las acciones.
- El desarrollo de otras investigaciones que con una mejor calidad del dato permitan profundizar en la identificación de factores asociados con la oportunidad.
- El cambio de paradigma en los programas de detección de cáncer de cuello uterino, de pasar del tema de cobertura a seguimiento y control de la calidad.
- Formulación de políticas, realización de programas, movilización de recursos económicos y humanos enfocados en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino para el mejoramiento de los indicadores de salud de las mujeres
- Disminución en la mortalidad y morbilidad de cáncer invasivo de cuello uterino en las mujeres de la ESE Ladera y de la ciudad de Cali.

11. CONCLUSIONES

1. La oportunidad para acceso a métodos diagnósticos y diagnóstico final para las mujeres con citología anormal en la ESE Ladera, desde la toma de la citología está en al menos el 50% de las mujeres con citología anormal en 99 días y con un promedio de 122 días.
2. a. Los factores asociados ($RR > 1$) con tener oportunidad al acceso a métodos diagnósticos y diagnóstico final fueron:
Componente Medio ambiente (Sistema de cuidado): El cumplimiento de ruta para el acceso a diagnóstico y seguimiento. Las mujeres con citología anormal que cumplieron la ruta tiene una probabilidad de 7,07 veces más de acceder a un diagnóstico oportuno en relación con las que no la cumplen ($RR = 8,07$ IC95% 4,89; 13,19)
- b. Los factores asociados ($RR < 1$) con no tener oportunidad al acceso a métodos diagnósticos y diagnóstico final fueron:
Componente Características de la población (Características de necesidad): La Severidad sospecha diagnóstica, siendo las mujeres con resultados Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II) las que tienen

63% menos probabilidad al acceso a métodos diagnósticos (RR=0,371 IC95% 0,141; 0,979)

3. Para las variables de aseguramiento (RR=0,725 IC 95% 0,320; 1,645), Edad agrupada por cuartiles (RR=0,855 IC95% 0,342; 2,135; RR=1,157 IC95% 0,444; 3,015 y RR=1,981 IC95% 0,234; 5,151), Año última citología (RR=1,521 IC95% 0,429; 5,385) y el uso de método anticonceptivos (OR=0,491 IC95% 0,235; 1,027) no se encontró significancia estadística ($p>0,05$).
4. No se cuenta con un proceso implementado de seguimiento a las mujeres con Citología anormal en la ESE Ladera.
5. El sistema de información para el seguimiento a las mujeres con citología anormal es fragmentado, desarticulado y no permite la trazabilidad del riesgo.
6. Actores del sistema de salud desarticulados y no claridad del rol de que actor se desempeña como unidad de tamizaje, con todas las responsabilidades que la norma actual Colombiana establece.
7. Es necesario el desarrollo de una política en garantía de acceso y oportunidad para la intervención del cáncer de cuello uterino, no sólo en Cali, sino para el País.

12. RECOMENDACIONES

Se debe generar una cultura en los servicios de trabajar a partir de la revisión de la información existente, en el fortalecimiento del sistema de información en términos de los resultados que se esperan y la información que se requiere para evidenciar los problemas, lo cual debe incluir un análisis de los registros utilizados, su utilidad real y los procedimientos de registro, consolidación y análisis de información para la toma de decisiones (Posibles ajustes al formato de citología en variables como Religión, Etnia, Inicio de relaciones sexuales) y la vinculación de la academia para acompañar en estos procesos

El desarrollo de este tipo de estudios en un sistema integrado de información no sería algo complejo, sino rutinario como soporte para la toma de decisiones. Es importante el impulso al desarrollo de la investigación en los servicios de salud a partir de los datos disponibles y en el fortalecimiento en la calidad de los datos y la articulación de los diferentes sistemas de información.

En relación a cáncer de cuello uterino, este estudio permite reconocer que además del seguimiento que se realiza a las mortalidades por cáncer de cuello uterino o a la presencia de cáncer invasivo, es importante en la intervención a la historia natural de la enfermedad, establecer estrategias y definir indicadores de resultados intermedios de salud, pero también de los procesos administrativos que den cuenta para los servicios y para los tomadores de decisión que tanto se está realizando la gestión del riesgo y la

prevención y control, en este caso la medición y monitoreo de la oportunidad al diagnóstico de las mujeres con citología anormal, el porcentaje de pérdida en cada paso entre otros.

Se debe reforzar el seguimiento a las usuarias con citología anormal que presentan Lesiones Intraepiteliales de alto grado que son aquellas que tienen mayor probabilidad de convertirse en cáncer.

Estandarizar los procesos de atención y seguimiento con los actores involucrados, de forma tal que permita la toma de decisiones en diferentes niveles.

Fortalecer el entrenamiento del recurso humano en todos los niveles con énfasis en los procesos de monitoreo y las alertas de riesgo para el seguimiento

Se debe fortalecer el abordaje de los servicios con Enfoques diferenciales a las mujeres con citología anormal según su ubicación geográfica (urbano rural), Edad, Ocupación, etnia, religión, aseguramiento, severidad diagnóstica, entre otros.

Se debe desarrollar investigación que identifique en la ESE Ladera y en la ciudad de Cali, las representaciones sociales de las mujeres en cuanto al cáncer de cuello uterino y al significado de un resultado de citología anormal, de tal manera que se caractericen las situaciones que podrían estar influenciando el acceso al diagnóstico desde las pacientes.

13. FUTUROS ESTUDIOS

A partir de los resultados de este estudio se pueden identificar algunas propuestas de investigaciones o estudios a desarrollar en el futuro en relación con el tema como los siguientes:

1. Factores asociados a la oportunidad al acceso diagnóstico de mujeres con citología de Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado.
2. Evaluación de la Oportunidad al acceso a métodos diagnóstico en la ciudad de Cali.
3. Desarrollo de un protocolo de seguimiento a las mujeres con citología positiva en Cali

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 World Cancer Report 2008 / International Agency for Research on Cancer (2008). Lyon, France
- 2 The Global Health Council. The Burden of Cancer in Developing countries. A Global Health Council Report Advocacy and Learning Institute. June 2010, Washington, DC
- 3 Rijo J., Ross H. The Global Economic cost of cancer .Livestrong and American cancer Society. 2010
- 4 Report GLOBOCAN 2008. IARC (2008). Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.
- 5 Plan Estratégico 2008-2012. OPS/OMS. Documento Oficial No. 328. Serie de documentos de planificación de la OPS. Junio de 2008.
<http://www.paho.org/spanish/GOV/CE/ce142-div3-s.pdf>
- 6 OMS/OPS. Resolución WHA58.22.Prevencción y control del cáncer.2005
- 7 Así vamos en Salud 2009.
http://www.asivamosensalud.org/index.php?option=com_content&view=article&id=100:mortalidad-por-cancer-de-cuello-uterino&catid=55:Indicadores&Itemid=74
- 8 Documento CONPES Social 140. República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 2011. Modificación de CONPES Social 91 del 14 de Junio de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015
- 9 Diagnóstico Situacional en salud del Valle del Cauca 2009. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud del Valle. 2010
- 10 Secretaria de Salud Municipal Cali. Boletín Informativo del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. No.001-Abril de 2010)
- 11 Plan Nacional para el control del Cáncer 2010-2019. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá 2010
- 12 Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Pineros M y Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev. salud pública. 12 (1): 1-13, 2010
- 13 Boletín Informativo del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles de la Secretaria de Salud de Cali. No.001-Abril de 2010

- 14 Pabon H. Evaluación de los Servicios de Salud. Conceptos, Indicadores. Ejemplos de análisis Cuantitativo y cualitativo. Universidad del Valle. Departamento de Medicina Social. 1985.
- 15 Andersen R, Revising the behavioral model and Access to medical care: Does it matter? Journal of Health and Social Behavior 1995;(1):1-10
- 16 Aday LA, Andersen R. Marco Teórico para el estudio del acceso a la atención médica. Health Services Research 1974; 9(3):208-220
- 17 Andersen R, Newman J. Societal and Individual determinants of medical care utilización. Milbank Mem Fund Quart 1973; 51:91 Winter.
- 18 American Cancer Society Last Medical Review: 1/26/2011 Disponible en: www.cancer.org Disponible en: <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/Cancerdecuellouterino/Resumen/index>
- 19 Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin Obstet Gynecol 1967; 10: 748-84.
- 20 Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington DC. 2003. Disponible en: www.path.org Organización Panamericana de la salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- 21 Castañeda MS. El cáncer cervical como Problema de salud Pública en mujeres mexicanas y su relación con el papiloma virus. Tesis doctoral. Universidad Autonoma de Barcelona.
- 22 Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Neoplásicas 2ª Edición. Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, D.C. 2001
- 23 Richart RM: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 1990; 75: 131-32
- 24 Hellberg D y cols: Positive cervical smear with subsequent normal colposcopy and histology. Frequency of CIN in a long-term follow-up. Gynecol Oncol 1994; 53: 148-51.
- 25 Nasiell K y cols: Behavior of mild cervical dysplasia during long-term follow-up. Obstet Gynecol 1986; 67:665-9.
- 26 Ostör AG: Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. Int J Gynecol Pathol 1993; 12: 186-92.

- 27 Baldauf JJ y cols: Comparison of the risk of cytologic surveillance of women with atypical cells of low-grade abnormalities on cervical smear: review of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 76: 193-9.
- 28 Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T: Natural History of Dysplasia of the Uterine Cervix. J Natl Cancer Inst 1999; 91(3): 252-8.
- 29 Ball C, Madden JE. Update on cervical cancer screening. Current diagnostic and evidence-based management protocols. Postgrad Med. 2003; 113:59-64, 70.
- 30 Álvarez A. La citología de la descamación vaginal como prueba de rutina en Servicios de Ginecología. Ginecol Obstet Mex 2009;77(11):529-31
- 31 Gutiérrez D., Bueno M. Rubiano J. Trujillo D. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. ISS-ASCOFAME p.3. Disponible en : <http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/3/5/053-Colombia-Cacu-ASCOFAME.PDF>
- 32 Urrego MI, Botero BE, Alzate C. Una mirada al programa de Prevención del cáncer de Cuello Uterino en Caldas (Colombia), 2005-2006. Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 13, Enero-Diciembre 2008. Págs 210.223.
- 33 Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, Lilford R. Dispositivos de recolección de muestras citológicas cervicales (Revisión traducida Cochrane). En: La Biblioteca Cochrane, número 2, 2003.
- 34 Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA 2002;287:2114-9
- 35 Results of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. MMWR 1994; 43: 530-4.
- 36 Wright TC Jr, Lorincz A, Ferris DG, et al. Reflex human papillomavirus deoxyribonucleic acid testing in women with abnormal Papanicolaou smears. Am J Obstet Gynecol. 1998;178:962-966
- 37 Jones BA, Novis DA. Follow-up of abnormal gynecologic cytology: a college of American pathologists Q-probes study of 16132 cases from 306 laboratories
- 38 Santos, J. Reyero MP, Naviero JC. Evaluación diagnóstica de la citología, la Colposcopia y la biopsia en mujeres con sospecha de lesiones precursoras de neoplasia cervical intraepiteliales.
- 39 Colombia Medica; 1995;26:106-113. ISSN:1657.9534. Reproducción Autorizada por: Corporación Editora Médica del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

- 40 Rubiano J, Trujillo D. Tamizaje en cáncer ginecológico. Guías de práctica Clínica basadas en la evidencia. ISS. Cali, p. 10. Disponible en: <http://ncd.bvsalud.org/lilidbi/docsonline/3/5/053-Colombia-Cacu-ASCOFAME.pdf>
- 41 Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. Tratamiento y seguimiento de las lesiones preinvasoras. 3 ED 2002. Disponible en: http://www.aepcc.org/download/congresos/xviii/ponencias/GR_S5-5.pdf
- 42 Ponten J, Adami H-O, Bergstrom R, Dillner J, Friberg L-G, Gustafsson L, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *Int J Cancer* 1995;60:1–26.
- 43 Restrepo HE, González J, Roberts E, Litvak J. Epidemiología y control del cáncer del cuello uterino en América Latina y el Caribe. *Bol Oficina Sanit Panam* 1987;102:578-592
- 44 Hernández-Ávila M, Lezcano-Ponce EC, Alonso de Ruiz I', et al. Evaluación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer del Cuello Uterino en la Ciudad de México: un estudio epidemiológico de casos y controles *Gaceta Med México* 1994;130:201-209
- 45 Organización Mundial de la Salud y de la Unión Internacional Contra el Cáncer, Acción mundial contra el cáncer .2005.
- 46 Moscicki AB, Shiboski S, Broering J, Powell K, Clayton L, Jay N, et al. The natural history of human papillomavirus infection as measured by repeated DNA testing in adolescent and young women. *J Pediatric* 1998;132:277-84.
- 47 Looockwood-Rayertmann S.Characteristics of participation in cervical screening. *Cancer Nurs* 2004; 27:353-63
- 48 Garner E.. Cervical Cancer: Disparities in Screening, Treatment, and Survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:242s-247s.
- 48 Garner E.. Cervical Cancer: Disparities in Screening, Treatment, and Survival. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2003;12:242s-247s.
- 49 Tabnak F, Müller HG, Wang JL, Zhang W, Howell LP. Timeliness and follow-up patterns of cervical cancer detection in a cohort of medically underserved California women. *Cancer Causes Control*. 2010 Mar;21(3):411-20.
- 50 ACOG Practice Bulletin number 66, September 2005 (2005) Management of abnormal cervical cytology and histology. *Obstet Gynecol* 106:645–664
- 51 Alliance for Cervical Cancer Prevention. World Health Organization. International network for cancer treatment research. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. Manual para gestores. Ginebra; 2006

- 52 República de Chile. Ministerio de Salud. Secretaría de Atención Sanitaria, Subprograma de detección precoz de cáncer de cuello uterino. Resolución Ministerial No 480. Santiago: Ministerio de Salud; 1998.
- 53 Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa L, Samper B, Sanchez F. Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia).
- 54 Marcus AC, Kaplan CP, Crane LA, Berek JS, Berstein J, Gunning JE et al. Reducing loss-of-follow-up among women with abnormal Pap Smear. Result from a randomized trial testing and intensive follow-up portocolo and economic incentives.
- 55 Miler SM.,Siejak KK:,Schoreder CM, Lerman C., Hernandez E.,Helm CW.,Enhancing adherence following abnormal PAP smear among low- income minority women : a preventive telephone counseling strategy. J. Natl Cancer Inst 1997; 21: 703-8
- 56 Doyle JP, Parjer RM., Jacobson TA., McNagny SE. Breast and cervical screening in an inner-city medial walk-in clinic: tacking advantage of an often missed opportunity. AM J Prev Med 1996; 12:345-50
- 57 Tavelli BG, Judson FN, Hetrick AE, Root CJ. Cost-yield of routine Papanicolaou smear screening in a clinic for sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis 1985;12:110–3
- 58 Paskett ED, Rimer BK. Psychosocial effects of abnormal Pap tests and mammograms: a review. J Women's Health 1995;4(1): 73–82.
- 59 Paskett ED, Phillips KC, Miller ME. Improving compliance among women with abnormal Papanicolaou smears. Obstet Gynecol 1995;86:353–9.
- 60 Cartwright PS, Reed G. No-show behavior in a county hospital colposcopy clinic. Am J Gyn Health 1990;4:181–7
- 61 Frisch LE. Effectiveness of a case management protocol in improving follow-up and referral of Papanicolaou smears indicating cervical intraepithelial neoplasia. J Am Coll Health 1986; 35:112–5.
- 62 Lacey L, Whitfield J, DeWhite W, et al. Referral adherence in an inner city breast and cervical cancer screening program. Cancer 1993;72:950–5.
- 63 Lane DS. Compliance with referrals from a cancer-screening project. J Fam Pract 1983;17:811–7.
- 64 Lerman C, Hanjani P, Caputo C, Miller S, et al. Telephone counseling improves adherence to colposcopy among lowerincome minority women. J Clin Oncol 1992;10(2):330–3.

- 65 Marcus AC, Crane LA, Kaplan CP, Reading AE, et al. Improving adherence to screening follow-up among women with abnormal Pap smears. *Med Care* 1992;30(3):216–30.
- 66 Michielutte R, Diseker RA, Young LD, et al. Noncompliance in screening follow-up among family planning clinic patients with cervical dysplasia. *Prev Med* 1985;14:248–258.
- 67 Richart RM, Townsend DE, Crisp W, et al. An analysis of longterm follow-up results in patients with cervical intraepithelial neoplasms treated by cryotherapy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137:823–6.
- 68 Robertson JH, Woodend BE, Crozier EH, et al. Risk of cervical cancer associated with mild dyskaryosis. *BMJ* 1988;297:18–21.
- 69 Schwartz PJ, Fasal E, Simmons ME. 12-county program: screening of 34,318 women for cervical cancer in California, 1975–1978. *Public Health Rep* 1981;96:547–54.
- 70 Soutter WP, Wisdom S, Brough AK, et al. Should patients with mild atypia in a cervical smear be referred for colposcopy? *Br J Obstet Gynecol* 1986;93:70–4.
- 71 Spitzer M, Krumholz BA, Chernys AE, et al. Comparative utility of repeat Papanicolaou smears, cervicography, and colposcopy in the evaluation of atypical Papanicolaou smears. *Obstet Gynecol* 1987;69:731–5
- 72 Santos, C., Galdos, R., Alvarez, M., Velarde, C., Barriga, O., Dyer, R., Estrada, H., and Almonte, M. One-session management of cervical intraepithelial neoplasia: a solution for developing countries. *Gynecol. Oncol.*, 61: 11–15, 1996
- 73 Zapka J, Taplin SH, Price RA, Cranos C, Yabroff R. Factors in quality care--the case of follow-up to abnormal cancer screening tests--problems in the steps and interfaces of care. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2010;2010(40):58-71
- 74 Howell LP, Gurusinghe S, Tabnak F (2009) Impact of ASC-H terminology on the detection of HSILs in medically underserved California women. *Diagn Cytopathol* 37(2):103–110
- 75 Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Jitpakdeebodin S. Loss to follow-up of patients with abnormal Pap smear: magnitude and reasons. *J Med Assoc Thai* 1998;81:862–5.
- 76 Gage JC, Ferreccio C, Gonzales M, Arroyo R, Huivin M, Robles SG. Follow-up care of women with an abnormal cytology in a low-resource setting. *Cancer Detect Prev* 2003; 27(6):466- 71

- 77 Hernandez-Alemán FR, Omelas-Bernal LA, Apresa-Garcia T, Sánchez-Garduño S, Martínez-Rodriguez OA, Hernández-Hernández DM. Motives for abandoning the healthcare process for precancerous lesions of the uterine cervix
- 78 Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales- Duarte R. Cervical cytology in Soacha. Colombia: social representation, barriers and motivation]. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2006 Sep; 8(3):185-96.
- 79 Yabroff KR, Washington KS, Leader A, Neilson E, Mandelblatt A. Is the promise of cancer screening program being compromised? Quality of follow-up care after abnormal screening results. *Med Care Res Rev* 2003; 60:294–331.
- 80 Wiesner-Ceballos C, Murillo Moreno RH, Piñeros Petersen M, Tovar-Murillo SL, Cendales Duarte R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2009; 25(1):1-8.
- 81 Homedes N, Ugalde A. Neoliberal reforms in health services in Latin America: a critical view from two case studies. *Rev Panam Salud Publica.* 2005 Mar;17(3):210-20.
- 82 Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saude Pública.* 2002;18(4):991-1001.
- 83 Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica.* 2002; 18(4):905-925
- 84 Vélez AL. La acción de tutela: ¿un mecanismo de protección del derecho a la salud un proceso alternativo para acceder a servicios de salud? *Colombia Médica* 2005; 36 (3): 199-208.
- 85 Wiesner C, Tovar S, Cendales R, Vejarano M .Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Soacha. *Rev Colomb Cancerol* 2006; 10 (2): 98-108.
- 86 Segnan, N. Socioeconomic status and cancer screening. *In*: N. P. Kogevinas, M. M. Susser, and P. Boffetta (eds.), *Social Inequalities and Cancer*, pp. 369–376. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 1997.
- 87 Kerner, J. F., Dusenbury, L., and Mandelblatt, J. S. Poverty and cultural diversity: challenges for health promotion among the medically underserved. *Annu. Rev. Public Health*, 14: 355–377, 1993.

- 88 Hiatt RA, Pasick RJ, Stewart S, Bloom J, Davis P, Gardiner P, et al. Community based cancer screening for underserved women: design and baseline findings from the breast and cervical intervention study. *Prev Med* 2001; 33:190–203.
- 89 Henschke, U. K., Leffall, L. D., Jr., Mason, C. H., Reinhold, A. W., Schneider, R. L., and White, J. E. Alarming increase of the cancer mortality in the U. S. black population (1950–1967). *Cancer (Phila.)*, 31: 763–768, 1973.
- 90 Marcus, A. C., and Crane, L. A. A review of cervical cancer screening intervention research: implications for public health programs and future research. *Prev. Med.*, 27: 13–31, 1998.
- 91 Thoms, W. W., Unger, E. R., Johnson, P. R., Spann, C. O., Hunter, S. H., Smith, R., Horowitz, I. R., Icenogle, J. P., Vernon, S. D., and Reeves, W. C. Cervical cancer survival in a high risk urban population. *Cancer (Phila.)*, 76: 2518–2523, 1995
- 92 Shelton, D., Paturzo, D., Flannery, J., and Gregorio, D. Race, stage of disease and survival with cervical cancer. *Ethn. Dis.*, 2: 47–54, 1992
- 93 Kosary, C. L. Figo stage, histology, histologic grade, age and race as prognostic factors in determining survival for cancers of the female gynecological system: an analysis of 1973-87 SEER cases of cancers of the endometrium,
- 94 Thoms, W. W., Unger, E. R., Carisio, R., Nisenbaum, R., Spann, C. O., Horowitz, I. R., and Reeves, W. C. Clinical determinants of survival from stage Ib cervical cancer in an inner-city hospital. *J. Natl. Med. Assoc.*, 90: 303–308, 1998.
- 95 Tanjasiri SP, Tran JH, Kagawa-Singer M, Foo MA, Foong HL, Lee SW, et al. Exploring access to cancer control services for Asian- American and Pacific Islander communities in southern California. *Ethn Dis* 2004;S14–9.
- 96 Robinson KM, Christensen KB, Ottesen B, Krasnik A. Socio-demographic factors, comorbidity and diagnostic delay among women diagnosed with cervical, endometrial or ovarian cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011 Sep;20(5):653-61.
- 97 Zarbo RJ, Jones BA, Friedberg RC, Valenstein PN, Renner SW, Schiffmann RB, Walsh MK, et al. Q-Tracks. A College of American Pathologists Program of Continuous Laboratory Monitoring and Longitudinal Performance tracking.
- 98 Wank, R., Meulen, J. T., Luande, J., Eberhardt, H. C., and Pawlita, M. Cervical intraepithelial neoplasia, cervical carcinoma, and risk for patients with HLA-DQB1*0602, *301, *0303 alleles. *Lancet*, 341: 1215, 1993.
- 99 Gregoire, L., Lawrence, W. D., Kukuruga, D., Eisenbrey, A. B., and Lancaster, W. D. Association between HLA-DQB1 alleles and risk for cervical cancer in African-American women. *Int. J. Cancer*, 57: 504–507, 1994.

- 100 Apple, R. J., Becker, T. M., Wheeler, C. M., and Erlich, H. A. Comparison of human leukocyte antigen DR-DQ disease associations found with cervical dysplasia and invasive cervical carcinoma. *J. Natl. Cancer Inst. (Bethesda)*, 87: 427–436, 1995.
- 101 Devesa, S. S., Silverman, D. T., Young, J. L., Jr., Pollack, E. S., Brown, C. C., Horm, J. W., Percy, C. L., Myers, M. H., McKay, F. W., and Fraumeni, J. F., Jr. Cancer incidence and mortality trends among whites in the United States, 1947–84.
- 102 Richart, R. M. Screening. The next century. *Cancer (Phila.)*, 76: 1919–1927, 1995.
- 103 Montz, F. J. Use of the “see and treat” loop electrical excision procedure: a new standard or just more controversy? *Postgrad. Obstet. Gynecol.*, 16: 1–6, 1996.
- 104 Asamblea Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Suplemento de la 45a edición, octubre de 2006
- 105 Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política Colombia. 1991
- 106 República de Colombia. Ley 100 de 1993
- 107 República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000
- 108 Documento CONPES Social 091 del 14 de Junio de 2005: Metas y Estrategias de Colombia para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2015. República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 2005.
- 109 Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007.
- 110 Ministerio de la Protección Social. Ley 1384 de 2010
- 111 OMS. OPS. Normas éticas para investigaciones con sujetos humanos.
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/res-pahoerc.pdf>. Consultado el 3 de Abril de 2010
- 112 Asamblea Médica Mundial. Helsinki. 1964. Enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.
- 113 República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993
114. La Salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Serie informes técnicos 731. Organización Mundial de la Salud OMS. Ginebra Suiza, 1986

115. Noreña-Quiceno, C; Tamayo-Acevedo, L S. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa Aquichan, vol. 10, núm. 1, abril, 2010, pp. 52-68
Universidad de La Sabana Chía, Colombia
Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74116244006>
116. Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia).
117. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CÁNCER CERVICOUTERINO Componente Cervicouterino del Programa Nacional de Salud Reproductiva Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. PROTOCOLO de ATENCION Enero 2010
118. República de Chile, Ministerio de Salud. Ley No. 19.966, establece las garantías en salud. Santiago: Ministerio de Salud; 2004.),
119. Gerónimo N, Castañeda, O; Reyes Y, Moron L S, Segura O, Hernandez P. Prevalencia de cáncer de cuello uterino y cáncer de seno en Yopal, Casanare, Colombia . INVESTIGACIONES ANDINA. No. 22 Vol. 13 - 142 p. Año 2011
120. Lopez GA. Estudio del Tamizaje Citológico para Cáncer Cervicouterino Laboratorio Departamental de Salud Pública, Caldas, 1998
Disponible: en:
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%205_12.pdf
121. Ministerio de la Protección Social. Ley 1438 de 2011

ANEXOS

ANEXO 1 . TABLAS DE VARIABLES DEL ESTUDIO FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL

Tabla 1. Variable Dependiente

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Oportunidad diagnóstica	Categórica	Es el acceso al diagnóstico final junto con la valoración médica y los resultados de las pruebas que confirman o descartan la anormalidad o presencia de enfermedad de cáncer de cuello uterino identificada en la citología anormal de acuerdo a un referente esperado de acceso igual o inferior a tres meses (≤ 3 meses)	Nominal	Historia Clínica, Registro de Citología, Bases de datos Laboratorios de Pruebas diagnósticas

Tabla 2. Variables según modelo teórico del Estudio: Medioambientales, Características de la Población, Comportamientos de Salud y Resultados

MEDIOAMBIENTALES					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Medio Ambiente Externo	Barrio de residencia	Categórica	Lugar de residencia de acuerdo a la distribución político administrativa dentro de la comuna donde la usuaria reside	Nominal	Registro de toma de citología
	Comuna de Residencia	Categórica	Lugar de residencia de acuerdo a la distribución político administrativa por Comuna	Nominal	Registro de toma de citología
	Localización residencia	Categórica	De acuerdo a la comuna de ubicación de la residencia del usuario si es Urbano o Rural	Nominal	Se construye en el estudio con datos de Barrio y Comuna
	Aseguradora de Salud	Categórica	Corresponde a la empresa promotora de salud (EPS) al que está afiliada la usuaria la cual se encarga de ofrecer el servicio de salud	Nominal	Registro de toma de citología
	Aseguramiento	Dicotómica	Corresponde a la condición si se tiene o no afiliación a una EPS Contributiva, Subsidiada o entidad Adaptada de los regímenes especiales	Nominal	Registro de toma de citología

Continuación Tabla 2.

MEDIOAMBIENTALES					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Sistema de Cuidado de Salud	Prestadora de Salud	Categórica	Institución prestadora de salud (IPS) donde le realizan los procedimientos o las pruebas diagnósticas a la usuaria.	Nominal	Registro Toma de Citología
	Comuna de la IPS	Categórica	Lugar de ubicación de la IPS de acuerdo a la distribución político administrativa por Comuna	Nominal	Registro de toma de citología
	Localización de la IPS	Categórica	De acuerdo a la comuna de ubicación de la IPS, si es urbano o Rural	Nominal	Se construye con el Dato de Comuna de la IPS
	Ingreso al seguimiento	Dicotómica	Es el contacto que se establece entre la IPS y la paciente una vez el resultado de citología anormal es informado a la institución por cualquier mecanismo (llamada telefónica o visita domiciliaria).	Nominal	Historia Clínica
	Valoración Inicial	Dicotómica	Consulta efectuada por el médico en la cual se realiza el examen físico, ginecológico, la solicitud de exámenes diagnósticos, se orienta a la paciente y se registra en la HC.	Nominal	Historia Clínica
	Solicitud de exámenes diagnósticos.	Dicotómica	Es la solicitud que realiza el médico de la biopsia y colposcopia a la paciente, para que ella realice los diversos trámites de autorización ante su asegurador.	Nominal	Historia Clínica, Bases de datos IPS de Laboratorios
	Realización de exámenes diagnósticos (biopsia/colposcopia)	Dicotómica	Es la realización por parte del ginecólogo de la biopsia y colposcopia a la paciente.	Nominal	Historia Clínica
	Consulta de notificación de resultados	Dicotómica	Es la consulta médica que se le realiza a la paciente una vez tenga los resultados de la biopsia y la colposcopia.	Nominal	Historia Clínica
	Ruta de Atención estandarizada de la IPS para Diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino Adecuado	Dicotómica	La IPS de atención tiene definido el conjunto de actividades realizadas a la usuaria una vez es contactada por el servicio incluye el ingreso, la valoración médica, la solicitud de exámenes diagnósticos (biopsia y colposcopia), la realización de estos y la confirmación diagnóstica para cáncer cervicouterino, y estas actividades se encuentran dentro del Sistema de gestión de Calidad	Nominal	Historia Clínica, Sistema de Gestión de Calidad cada IPS

Continuación Tabla 2.

MEDIOAMBIENTALES					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Sistema de Cuidado de Salud	Tiempo entre la toma de la citología y Diagnóstico Final	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido en días entre la fecha de la toma de citología y la valoración médica con los resultados de los exámenes diagnósticos.	Razón	Registro de toma de citología, Historia Clínica, Laboratorio
	Tiempo entre la toma de la citología y la Lecura	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido en días entre la fecha de la toma de citología y la fecha de Lectura de la Citología	Razón	Registro de toma de citología, Historia Clínica, Laboratorio
	Tiempo entre la toma de la citología y la valoración médica de ingreso	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido en días entre la fecha de la toma de citología y la fecha de la primera valoración médica de ingreso con el resultado de la citología anormal por la Usaria.	Razón	Registro de toma de citología, Historia Clínica, Laboratorio
	Seguimiento a la citología anormal	Dicotómica	La IPS cuenta con un protocolo de seguimiento a las mujeres con resultados de Citología anormal	Nominal	Sistema de gestión de la ESE Ladera y Centros de Salud

Continuación Tabla 2.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Características de predisposición	Edad	Cuantitativa Continua	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y la fecha de realización de la citología reportada como anormal en años	Razón	Registro de toma de citología
	Categoría de edad de las usuarias OMS	Categórica	Edad de la usuaria agrupada según referentes de OMS de análisis demográfico dinámico (1)	Ordinal	Se construye a partir del dato de edad
	Categoría de edad de las usuarias comportamiento de datos	Categórica	Edad de la usuaria agrupada según comportamiento de los datos en cuartiles	Ordinal	Se construye a partir del dato de edad
	Estado Civil	Categórica	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Nominal	Historia Clínica
	Nivel Educativo	Categórica	Es cada una de las etapas en que se estructura el sistema educativo formal de la usuaria.	Ordinal	Historia Clínica
	Multiparidad	Cuantitativa Discreta	Hace referencia al número de gestaciones que ha tenido la usuaria	Razón	Historia Clínica
	Antecedentes de citología anormal o cauterizaciones	Categórica	Es el registro que da cuenta si la usuaria previo a la citología anormal actual, había recibido tratamiento por anomalías en la citología, o tenía una citología anterior a la actual con anomalía	Nominal	Historia Clínica
	Etnia	Categórica	Es el autoreporte de la usuaria frente a la pertenencia cultural a un determinado grupo poblacional	Nominal	Historia Clínica, Registro de citología
	Discapacidad	Categórica	La usuaria presenta algún tipo de discapacidad diagnosticada por médico	Nominal	Sistema de gestión de Calidad EPS
Recursos Disponibles	Régimen de afiliación	Categórica	Es la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de alguno de los regímenes contributivo, subsidiado y especial o la no afiliación al reportarse como vinculado.	Nominal	Registro de toma de citología
	Nivel de clasificación Sisben	Categórica	Es el puntaje alcanzado en la encuesta realizada por el SISBEN. Se aplica para las personas con régimen subsidiado y vinculado	Ordinal	Historia Clínica
	Rango Salarial	Categórica	Según los ingresos declarados en la EAPB se realiza la clasificación de los usuarios por rangos de acuerdo al número de salarios mínimos legales vigentes. Aplica para personas en el régimen Contributivo	Ordinal	Sistema de gestión de Calidad EPS,

(1) La Salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Serie informes técnicos 731. Organización Mundial de la Salud OMS. Ginebra Suiza, 1986

Continuación Tabla 2.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Recursos Disponibles	Ocupación	Categórica	Corresponde a la actividad principal realizada por la usuaria	Nominal	Historia Clínica, Sistema de Gestión de Calidad de la EPS
Características de necesidad	Severidad de la sospecha diagnóstica en las lesiones	Categórica	Anormalidad del Epitelio Escamoso de naturaleza indeterminada • ASC-US: Son cambios celulares que pueden relacionarse con varios factores etiológicos pero que no se logra determinar una causa definitiva sobre la base de los hallazgos citológicos. Estos cambios pueden reflejar una reacción exuberante de tipo benigno a constituir una lesión potencialmente grave, los cuales no permiten concluir un diagnóstico definitivo. • ASC-H: Este término recoge aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastantes acusadas, ya sea por características de la extensión (inflamación, hemorragia, etc), o por la escasez de las células, no pueden considerarse totalmente conclusivas. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Displasia leve NIC I): Es el tipo de menor riesgo, que se caracteriza por estar confinado al 1/3 basal del epitelio cervical. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II: Es una displasia moderada, confinada a los 2/3 basales del epitelio cervical. Displasia severa/carcinoma in situ NIC III): Son lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcan todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal. Carcinoma escamo celular invasivo: Es el tumor invasivo precedido por el desarrollo de cambios precancerosos en el epitelio plano de la zona de transformación. Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada Adenocarcinoma Tumor canceroso que aparece en las células glandulares a nivel del cuello uterino.	Ordinal	Registro de toma de citología

Continuación Tabla 2

COMPORTAMIENTOS EN SALUD					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Uso de Servicios	Citología Previa	Dicotómica	Hace referencia si la usuaria se ha realizado anteriormente citología cervicouterina.	Nominal	Formato de Citología
	Resultado de última citología	Categórica	Hace referencia al reporte que esta registrado en el formato de citologia, el cual fue suministrado por la paciente.	Ordinal	Formato de Citología
	Uso de métodos anticonceptivos	Dicotómica	Es la utilización de algún método de planificación familiar por parte de la usuaria.	Nominal	Formato de Citología
	Embarazo	Dicotómica	Es el estado de gestación de la usuaria al momento de la citología.	Nominal	Formato de Citología
	Inscripción Programa Promoción y Prevención	Categórica	La usuaria se encuentra inscrita en alguno de los programas de promoción y prevención de la IPS	Nominal	Programas de PyP IPS
	Demanda de Servicios	Categórica	La usuaria ha contactado los servicios de salud por una causa diferente a la citología en el último año	Nominal	Rips IPS

RESULTADOS					
GRUPO DE VARIABLES	VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Estado de salud Evaluado	Diagnóstico Final	Dicotómica	Es cuando la usuaria con los resultados de los exámenes diagnósticos accede a un diagnóstico final con valoración médica en relación a su citología anorma.	Ordinal	Historia Clínica

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE PACIENTES DE OPORTUNIDAD A MÉTODOS DIAGNÓSTICOS



FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE FUENTES SECUNDARIAS APLICADA A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS) Y ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS)

No. Formulario				Fecha de Diligenciamiento								
				Día	Mes			Año				
A CONTINUACIÓN REGISTRE LA INFORMACIÓN DE ACUERDO AL FORMATO DE CITOLOGIA												
PREG.												
1	Número de Registro de Citología											
2	Tipo de Identificación											
	Cédula de Ciudadanía				1	Tarjeta de Identidad				2	Registro Civil	3
	Otro				8					Sin Identificación	4	
ESPECIFIQUE												
3	Número de Identificación											
4	Fecha de toma de la citología				Día			Mes			Año	
5	Institución donde se efectuó la citología											
	Comuna 1			Comuna 3			Comuna 17					
	CS. Terron Colorado			Hospital Cañavalejo			C.S. Primero de mayo					
	PS La Paz			PS San Pascual o Fray Damian								
	PS Vista Hermosa			PS Bella Vista								
	Comuna 18			Comuna 20								
	CS. Melendez			CS. Siloe								
	PS Napoles			PS Belen								
	PS Lourdes			PS Brisas de Mayo								
	PS Alto Napoles			PS La Estrella								
	PS Polvorines			PS La Sirena								
				PS La Sultana								

Zona Rural			
La Buitrera	21	El Saladito	28
Cascajal	22	Felidia	29
La Voragine	23	Peñas Blancas	30
Villa Carmelo	24	La Leonera	31
Altos del Rosario	25	Pichinde	32
Pance	26	Los Andes	33
Hormiguero	27	No dato	9
6	Edad		Años
7	Barrio (Nombre del Barrio)		
8	Municipio (Nombre del Municipio)		
9	Regimen de Afiliación		
	a. Contributivo	1	d. Vinculado 4
	b. Subsidiado Total	2	e. Otro 8
	c. b. Subsidiado parcial	3	ESPECIFIQUE
		k. No dato	9
10	Nombre EPS Contributivo/EPS Subsidiado		
	a.EMSSANAR	1	b. CONDOR 2
	d.COOSALUD	4	e. ASMET SALUD 5
	g. COMFENALCO	7	h. S.O.S 10
	j. SALUDCOOP	12	k. SURA 13
	m. SANITAS	15	n. SALUD TOTAL 16
	p. NUEVA EPS	18	q. CRUZBLANCA 19
	s. Otro	8	r. CAFESALUD 20
		ESPECIFIQUE	t. No dato 9
11	Esta embarazada la usuaria		
	a. Si	1	b. No 2
		c. No dato	9
12	Número de gestaciones previas		No Aplica
13	Utiliza metodos anticonceptivos		
	a. Si	1	b. No 2
		c. No dato	9
14	Que metodo anticonceptivo utiliza		
	a. DIU	1	b. Anovulatorios Orales 2
		c. Otro	8
		ESPECIFIQUE	
	d. No dato	9	

15	Esta citología es de Primera vez en la vida a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9 Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 18 Si la respuesta es No pase a la regunta N° 15
16	Se ha realizado citología previamente a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9 Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 16 y 17 Si la respuesta es No pase a la regunta N° 18
17	Fecha de la ultima citología Día Mes Año
18	Como fue el resultado de la ultima citología a. Normal 1 b. Anormal 2 c. No dato 9
19	Se ha realizado procedimientos en el cuello uterino a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9 Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 19 Si la respuesta es No pase a la pregunta N° 20
20	Cual de los siguientes procedimientos se ha realizado a. Histerectomia 1 b. Cauterización 2 c. Radioterapia 3 d. Conización 4 e. Otro 8 ESPECIFIQUE f. No dato 9
21	Severidad de sospecha diagnostica en las lesiones a. Anormalidades del epitelio escamoso de naturaleza indeterminada 1 b. Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (Displasia leve NIC I) 2 c. Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Displasia moderada NIC II) 3 d. Lesión escamosa intraepitelia de alto grado (Displasia severa/Carcinoma i) 4 e. Carcinoma escamocelular invasivo 5 f. Anormalidades del epitelio glandular de naturaleza indeterminada 6 g. Adenocarcinoma 7 h. No dato 9



22	Fecha de Lectura de la citología			
A CONTINUACIÓN REGISTRE LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LA HISTORIA CLINICA DE LA USUARIA				
23	ESTADO CIVIL			
	Soltera	1	Casada	2
	Separada	3	Unión Libre	4
	Viuda	5	Otro	8
	No dato	9	ESPECIFIQUE	
24	Ultimo año de estudios aprobado?			
	Preescolar	1	Primaria	2
	Secundaria	3	Tecnico/Tecnologico	4
	Universidad	5	Posgrado	6
	Otros	8	No dato	9
ESPECIFIQUE				
25	Hubo contacto entre la IPS y la usuaria para el reporte de citología anormal(Se considera contacto Si cuando existe evidencia escrita de que la entidad realizo alguna gestion para notificar a la usuaria sobre el resultado de citología; se considera NO cuando no existe evidencia)			
	a. Si	1	b. No	2
	c. No dato	9		
	Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 25			
	Si la respuesta es No o No dato pase a la pregunta N° 27			
26	A traves de que mecanismo fue contacta la usuaria (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita del mecanismo de contacto; se considera NO cuando no existe evidencia)			
	a. Llamada telefonica	1	b. Visita domiciliaria	2
	c. Otro	8	d. No dato	9
ESPECIFIQUE				
27	Fecha en que fue contactada la usuaria para el reporte de citología anormal (Si la informacion no esta disponible registre 99/99/9999)			
DÍA MES AÑO				
28	Fue valorada por el medico del programa despues de recibir el resultado de citología anormal (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita de la valoración medica; se considera NO cuando no existe evidencia)			
	a. Si	1	b. No	2
	c. No dato	9		
	Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 28			
	Si la respuesta es No pase a la pregunta N° 29			



29

Fecha en que fue valorada la usuaria por el medico del programa (Si la informacion no esta disponible registre 99/99/9999)

DIA MES AÑO

30

Que medio utilizó la institución para contactar a la paciente debido a la inasistencia a la valoración medica (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita del mecanismo de contacto; se considera NO cuando no existe evidencia)

a. Llamada telefonica 1 b. Visita domiciliaria 2
c. Otro 8 d. No dato 9
ESPECIFIQUE

31

Durante la valoración por el medico del programa este hizo la solicitud de los exámenes diagnosticos (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita de la solicitud de exámenes; se considera NO cuando no existe evidencia)

a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9

Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 31

32

Exámenes diagnosticos solicitados (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita de la solicitud de exámenes; en caso contrario se registra no dato)

a. Colposcopia 1 b. Biopsia y Colposcopia 2
c. Otro 8 d. No dato 9
ESPECIFIQUE

33

Fecha de solicitud de exámenes diagnosticos(Si la informacion no esta disponible registre 99/99/9999)

DIA MES AÑO

34

Se realizo los exámenes diagnosticos (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita del resultado del examen; en caso contrario se registra no dato)

a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9

Si la respuesta es Si pase a la pregunta N° 34

Si la respuesta es No pase a la pregunta N° 36

35

Exámenes diagnosticos realizados (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita de la realizacion de exámenes; en caso contrario se registra no dato)

a. Colposcopia 1 b. Biopsia y Colposcopia 2
c. Otro 8 d. No dato 9
ESPECIFIQUE



36	Fecha de realización de exámenes diagnósticos. Si esta información no está en la historia clínica, validar con laboratorio el resultado de la colposcopia y biopsia y marque con una X la fuente de donde se tomó (Si la información no está disponible registre) DIA MES AÑO Fuente del dato: Historia Clínica ☐ Laboratorio ☐
37	Que medio utilizó la institución para contactar a la paciente que no se realizó los exámenes diagnósticos (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita del mecanismo de contacto; se considera NO cuando no existe evidencia) a. Llamada telefónica 1 b. Visita domiciliaria 2 c. Otro 8 d. No dato 9 ESPECIFIQUE
38	Fue a cita médica con el médico del programa para revisión de resultado de los exámenes diagnósticos (biopsia y colposcopia) (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita de la consulta médica; se considera NO cuando no existe evidencia) a. Si 1 b. No 2 Si la respuesta es Si pase a la pregunta N°38 Si la respuesta es No pase a la pregunta N° 39
39	Fecha de consulta médica para revisión de resultado de exámenes diagnósticos (Si la información no está disponible registre 99/99/9999) DIA MES AÑO
40	Que medio utilizó la institución para captar la paciente debido a la inasistencia para la revisión de los exámenes diagnósticos (Se registra con una x cuando existe evidencia escrita del mecanismo de contacto; se considera NO cuando no existe evidencia) a. Llamada telefónica 1 b. Visita domiciliaria 2 c. Otro 8 d. No dato 9 ESPECIFIQUE
41	Diagnóstico final de la usuaria (Se registra de acuerdo a la evidencia disponible el diagnóstico generado a partir del reporte de patología; en caso de no existir la evidencia se registra no dato). Si esta información no está en la historia clínica, validar a. Cáncer cervicouterino 1 b. Lesión cervical diferente a cáncer 2 c. Otro 8 d. No dato 9 ESPECIFIQUE Fuente del dato: Historia Clínica ☐ Laboratorio ☐



42	Cumplimiento de las actividades realizadas de acuerdo a la ruta(Revise el esquema de ruta y cada uno de los pasos, registre Si cuando se cumplen TODOS los pasos planteados) Si 1 No 2
43	Tiempo que duro el proceso completo de seguimiento a la usuaria (Revise la fecha de reporte de citología hasta la fecha de diagnostico final por patologia sume el total de días y divida por 30 ppara obtener el total de meses). En caso de no tener informa a. Adecuado (Menor o igual de 3 meses) 1 b. Inadecuado (Mayor de 3 meses) 2 c. Indeterminado(Mayor a 3 meses sin confirmacion o descarte) 3
44	LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE VERIFICARÁ EN LA HISTORIA CLINICA, SINO ESTA DISPONIBLE SE REALIZARÁ SU BÚSQUEDA CON LA ASEGURADORA RESPECTIVA DE LA USUARIA Y SE MARCARÁ CON UNA X LA FUENTE DE LA MISMA AL FINA DE LA PREGUNTA Etnia a.Mestizo 1 b.Afrodescendiente 2 c.Indigena 3 d.Gitano o ROM 4 e. Otro 8 f. No dato 9 ESPECIFIQUE Fuente del dato: Historia Clinica Eps
45	Discapacidad a.Si 1 ESPECIFIQUE b. No 2 c. No dato 9 Fuente del dato: Historia Clinica EPS
46	Esta pregunta aplica para regimen subsidiado y vinculado solamente Nivel de Clasificación del Sisben Nivel 1 1 Nivel 2 2 Nivel 3 3 Nivel 4 4 Nivel 5 5 Nivel 6 6 No clasificado 7 No dato 8 Fuente del dato: Historia Clinica EPS
47	Esta pregunta aplica para regimen contributivo solamente Rango Salarial Rango 1 Rango 2 Rango 3 c. No dato 9 Fuente del dato: Historia Clinica Eps

FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010



48	Ocupación o Actividad Principal (Escoja una de las opciones) a. Trabajador dependiente b. Trabajador independiente c. Estudiante d. Hogar e. Trabajo Voluntario f. Otro 8 g. No dato 9 Fuente del dato: Historia Clínica Eps A CONTINUACIÓN REGISTRE LA INFORMACIÓN DE ACUERDO A LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA ESE
49	Se encuentra la usuaria escrita en algún programa de Promoción y Prevención en la Institución a. Si 1 b. No 2 c. No dato 9 ESPECIFIQUE
50	Tipos de servicios consultados en el último año a. Urgencias 1 b. Consulta Externa 2 c. Promoción y Prevención 3 d. Hospitalización 4 e. *Laboratorio 5 *Distinto a Citología f. Otro 8 g. No dato 9 ESPECIFIQUE
	NOMBRE DEL DILIGENCIADOR NOMBRE DEL DIGITADOR NOMBRE DEL SUPERVISOR

FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE OPORTUNIDAD A MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE LOS ASEGURADORES (EPS)



FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN APLICADA A ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS (EAPB)

No. FORMULARIO
(No diligencia la
EPS)

--	--	--

FECHA DE
DILIGENCIAMIENTO

--	--

Día

--	--

Mes

--	--	--	--

año

La información requerida en este formato es aplicable para el área de Influencia de la ESE Ladera, es decir, las comunas 1, 3, 17, 18, 19, 20 y los corregimientos de la zona rural de Cali, de tal forma que la información reportada en cada pregunta debe tener la orientación de cómo la Aseguradora realiza la gestión respectiva para sus afiliados en esta zona.

AÑO DE REPORTE (Marque con una X a que año corresponde la información del reporte:

AÑO 2010 ☐ AÑO 2011 ☐

A. IDENTIFICACIÓN:

Código de la EAPB (Código en el Sistema de Seguridad Social en Salud: _____)

1. Régimen al cual pertenece el Asegurador (Marque con una X)

a. Contributivo ☐ 1 b. Subsidiado ☐ 2 c. Otro ☐ 8 Especifique
Cual _____

B. ASPECTOS GERENCIALES RELACIONADOS CON EL ASEGURAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2. Las IPS que realizan la toma de Citología en la Comunas de Zona de Ladera son IPS
(Marque con una X)

a. Propias ☐ 1 b. Adscritas ☐ 2 c. Otra ☐ 8 Especifique Cual _____

3. ¿Cual es el tipo de contratación de IPS para la toma de citología y cual es su porcentaje de participación en la contratación de esta acción?

Tipo de contratación	Marque con una X	Porcentaje %
Evento	1	
Capitación	2	
Otra	8	
Cual		
Total porcentaje		

1. ¿Cuál es el tipo de contratación de IPS para la toma y lectura de colposcopia-biopsia y cual es su porcentaje de participación en el total de contratación?

Tipo de contratación	Marque con una X	Porcentaje %
Evento	1	
Capitación	2	
Otra	8	
Cual		
Total porcentaje		

2. La EPS cuenta con un Algoritmo o ruta de atención desde la toma de Citología de Cuello Uterino hasta el tratamiento (Anexarlo)

a. SI ☐ 1 b. NO ☐ 2 Si la respuesta es SI por favor anexarlo.

3. El anterior Algoritmo o ruta de atención se encuentra inscrito dentro del Sistema de Gestión de la calidad de la Institución.

a. SI ☐ 1 b. NO ☐ 2

Si la respuesta es SI, relacione el código respectivo con el cual se encuentra en el Sistema de Gestión de Calidad.

Código _____

A. ASPECTOS RELACIONADOS CON ACCESO A LA TOMA DE CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO

4. Para acceder a la toma de citología, la usuaria requiere de (marque con una X) :

a. Orden médica ☐ 1 b. Autorización de EPS ☐ 2 c. Cita previa ☐ 3

d. Otra ☐ 8 Cual? _____

5. Se atiende inmediatamente: a. Si ☐ 1 b. No ☐ 2

6. Se realiza cobro de cuota moderadora o copago: a. Si ☐ 1 b. No ☐ 2

A. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA LECTURA DE LA CITLOGIA CUELLO UTERINO

1. ¿Cuál(les) es el Laboratorio contratado para lectura de placas de Citologías de Cuello Uterino (Por favor escriba el nombre o nombres)?

2. Está habilitado: a. Si ☐ 1 b. No ☐ 2

Dirección _____ Tel. _____

Correo Electrónico _____

3. ¿Quién realiza el control de calidad interno (Escriba el cargo o área en el Laboratorio contratado que realiza el control de calidad interno de la Lectura de Citologías de cuello uterino)?

4. ¿Quién realiza el control de calidad externo (Escriba el cargo, área, o nombre de Laboratorio externo que realiza el control de calidad externo de la Lectura de Citologías de cuello uterino)?

B. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DIAGNÓSTICO

5. ¿A Cual(es) Institución (es) son remitidas las usuarias con resultados de citología anormal y que requieren COLPOBIOPSIA residentes en la Zona de Influencia de la ESE Ladera?

Nombre de la Institución 1: _____

Nombre del Especialista _____

Especialidad: _____

Dirección _____ Tel. _____

Correo electrónico _____

Nombre de la Institución 2 _____

Nombre del Especialista _____

Especialidad: _____

Dirección _____ Tel. _____

Correo electrónico _____

Nombre de la Institución 3 _____

Nombre del Especialista _____

Especialidad: _____

Dirección _____ Tel. _____

Correo electrónico _____

6. Mencione los procesos administrativos requeridos para la realización de la COLPOBIOPSIA:

- a. Orden de médico general sin autorización de la EPS
- b. Orden Médico general con autorización de la EPS
- c. Orden por Medico Especialista sin autorización de la EPS
- d. Orden por Medico Especialista con autorización de la EPS
- e. Otra?

Cual _____

1. ¿Existe un Protocolo en la EPS utilizado para definir las conductas según resultado de la colposcopia?

- a. SI b. NO Si la respuesta es SI por favor anexarlo.

2. Se entregan las recomendaciones de protocolo por escrito a la usuaria, posterior al procedimiento?

- a. Si b. NO

A. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SEGUIMIENTO A USUARIAS CON CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO CON RESULTADO ANORMAL:

3. El seguimiento de las usuarias con Citología de cuello uterino con resultado anormal es realizado por (Marque con una X):

- a. EPS b. IPS toma de Citología c. IPS Lectura de Citología

d. Otra Cual? _____

4. ¿Las acciones de seguimiento a las usuarias con citología anormal en la EPS se realizan siguiendo un protocolo / guía?

- a. Si b. No Si la respuesta es SI por favor anexarlo

5. ¿Las acciones de seguimiento en las IPSs se realizan siguiendo un protocolo / guía?

- a. Si b. No Si la respuesta es SI por favor anexarlo

6. La entrega de resultado de Citología anormal definido en el protocolo de seguimiento en la EPS es responsabilidad de (marque con una X):

- a. Médico b. Enfermera c. Auxiliar de Enfermería

d. Otro Cual? _____

1. ¿Cuánto tiempo (en días) transcurre entre la entrega del resultado de la Citología de cuello uterino (en el caso de la Anormales que lo requieren) y la realización de la COLPOBIOPSIA (si no se conoce el dato marcar no dato)?
a. ____ días. b. No dato
2. ¿Cuánto tiempo transcurre (en días) entre la realización de la COLPOBIOPSIA y la entrega del resultado (si no se conoce el dato marcar no dato)?
a. ____ días b. No dato
3. ¿Cuánto tiempo transcurre entre la entrega del resultado y el inicio del tratamiento (si no se conoce el dato marcar no dato)?
a. ____ días b. No dato
4. ¿Cuál es el tiempo promedio (en días) entre la Toma de la Citologia de cuello uterino y el inicio de tratamiento? a. ____ días b. No dato
5. Cuál es el tiempo promedio (en días) entre la Toma de la Citologia de cuello uterino y la terminación del tratamiento (si no se conoce el dato marcar no dato)?
a. ____ días b. No dato
6. ¿Cuáles son los factores que afectan LA OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN?

A. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN:

7. La EPS cuenta con un formato, instrumento o aplicativo sistematizado electrónico para el registro de citologías tomadas, citologías anormales y el seguimiento una a una de las usuarias con resultado anormal, hasta que se descarta o confirma diagnóstico, que incorpore las diferentes actividades que se le realizan y los tiempos en los que ocurre cada actividad?

a. Si No

Si la respuesta es Si en que plataforma esta diseñado, tiene algún nombre especial. Si la respuesta es NO porque no tiene un sistema unificado, sino varios subsistemas de información y desea aclarar de una manera muy breve describa.

Si desea ampliar la respuesta a esta pregunta descríballo a continuación:

1. Describa las variables contenidas en el instrumento (Si respondió SI a la pregunta Anterior)

2. Cargo, Nombre, Número telefónico, y correo electrónico de contacto en la organización para aclarar alguna inquietud o ampliación frente a las respuestas entregadas .

ANEXO 4. MANUAL DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN OPORTUNIDAD

PROYECTO FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS METODOS DIAGNOSTICOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010

MANUAL DE RECOLECCIÓN DE INFORMACION

A fin de facilitar el proceso de recolección de información se presenta la secuencia de pasos para su ejecución

1. A partir de la información disponible elabore un cuadro con la relación de IPS de la ESE indicando información relacionada con su ubicación (Nombre, Comuna, Dirección, Teléfono, Persona responsable y e-mail) utilice el **Formato No. 1 Directorio IPS ESE Ladera**. En caso de que la información disponible este incompleta realice contactos institucionales, utilice el directorio telefónico o directorios institucionales para completar la información.
2. Posteriormente elabore un cuadro para consolidar el numero de citologías anormales por IPS para el año 2011, utilice el **Formato No. 2 Relación de citologías Positivas por IPS 2011**. Para el año 2010 dado que no se cuenta con la información detallada por la Secretaria, este formato se diligenciará en cada visita con la información encontrada en la Institución.
3. Contacte la persona responsable de la institución vía telefónica y concerté una cita explicando brevemente en qué consiste el estudio y los objetivos de la cita: Contacto inicial, presentar el proyecto, entregar el soporte institucional y conocer el funcionamiento de las acciones de detección y seguimiento de pacientes con citología anormal. Utilice el **Formato No. 3 Programación visitas institucionales**
4. El día anterior a la cita organice los materiales requeridos para lo cual verifique con la lista de chequeo **Formato No. 4 Lista de chequeo**
5. El día de la visita, llegue a la hora acordada con el uniforme completo, carnet de identificación, material requerido y ubique a la persona contactada. A continuación preséntese y entregue la carta de presentación, junto con el resumen del proyecto y la copia del acta de aprobación del Comité de Ética de la ESE Ladera y de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. A continuación ubique un espacio tranquilo para comentar de manera breve el objetivo del proyecto, las actividades a realizar y la importancia del apoyo institucional para la recolección

Posteriormente utilizando el **Formato No. 5 Guía de Entrevista** indague sobre el funcionamiento de las acciones de detección y seguimiento de pacientes con citología anormal. Es clave que recuerde la identificación de pasos, formatos y responsables

6. A continuación elabore el listado de pacientes con citología anormal de la IPS para el año 2010 utilizando el **Formato No. 6. Listado de pacientes con citología anormal**
7. Solicite el formato de reporte de citología y la historia clínica de la paciente para revisión, así mismo verifique otros formatos de la IPS que permitan la recolección de la información.
8. A continuación diligencie el **Formato No. 7 Registro individual**
9. Terminada la revisión de información y el diligenciamiento del formato revise nuevamente la documentación a fin de verificar que este completa y correctamente diligenciada
10. Terminado el proceso de diligenciamiento y verificación entregue los formatos junto con la información de soporte al investigador principal a fin de que sea revisado el correcto y completo diligenciamiento del cuestionario
11. Al finalizar la jornada registre en el diario de campo los inconvenientes o dificultades presentadas y los aspectos relevantes que sean de utilidad para la discusión, las conclusiones y recomendaciones de la investigación.

El proceso de diligenciamiento culminará cuando los 372 cuestionarios de 2010 estén completamente bien diligenciados y se les haya elaborado el respectivo control de calidad (Para la prueba piloto 2011, serian cuarenta cuestionarios de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre)

ANEXO 5. CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA ESE LADERA



COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD DE LADERA ESE

Acta de Aprobación No. 02/12-CEH/0229-A/12

Proyecto: "FACTORES ASOCIADOS A LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS METODOS DE DIAGNOSTICO DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2010".

Presentado por: Estudiante: **JOAS BENITEZ DUQUE**, Escuela de Salud Pública, Programa de Magister en Epidemiología, Universidad del Valle, Cali

Fecha en que fue presentado: El 29 de febrero de 2012.

La Red de Salud Ladera ESE ha establecido el Comité Institucional de Ética Hospitalaria, creado por la Resolución No.085A-08 del 24 de octubre de 2008, el cual esta regido por la Resoluciones 13437 de 1991, la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 y el artículo 15 del decreto 1757 de 1994 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002.

Este Comité de Ética Hospitalaria certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

- Resumen del proyecto*
- Protocolo de investigación*
- Formato de consentimiento informado
- Instrumento de recolección de datos*

2. El presente proyecto fue evaluado, aprobado y avalado por los siguientes miembros del comité de Ética Hospitalaria:

RICARDO POSADA MONTES*	Subgerente Científico Asistencial y Hospitalario
ISAURO ENOC PRIETO JATIVA*	Representante de los Médicos
ESTELLA BEJARANO FORERO*	Representante de las Enfermeras
SAUL ALZATE*	Representante de la Comunidad C-17
LUIS JAIR SALAZAR	Representante de la Comunidad Z-R Felidia

3. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informa que el presente estudio tiene una clasificación de riesgo bajo según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

4. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, considera que las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.

5. Este proyecto será revisado nuevamente en la próxima reunión plenaria del Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.

6. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales:

- Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
- Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.

Sede Administrativa
Calle 14 # 6N-23 Pisos 3° y 4° Edificio San Marino - PBX: 6080124



TRD 3-1-6

**COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA
RED DE SALUD DE LADERA ESE**

7. El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, informará inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:

- a. Lesiones a sujetos humanos.
- b. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- c. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.

8. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de 1 año a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

9. El investigador principal deberá informar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera:

- a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
- b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
- c. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
- d. Informar cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
- e. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
- f. El investigador principal deberá presentar al Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, avances en tiempo prudencial según resultados relevantes y el informe al final del proyecto. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

10. Sugerencias:

El Comité de Ética Hospitalaria de la Red de Salud de Ladera, recomienda que el instrumento cuestionario, formatos y el cronograma de actividades a realizar en el proyecto, el encabezado debe tener los logos de la ESE Ladera y la Universidad del Valle.

La presente Acta se firma en Cali, a los dos (29) días del mes de febrero del año dos mil doce (2012)


RICARDO POSADA MONTES
Subgerente Científico Asistencial y H.
Presidente
Comité de Ética Hospitalaria
Red de Salud de Ladera ESE

ISAURO ENOC PRIETO JATIVA
Auditor Medico
Secretario
Comité de Ética Hospitalaria
Red de Salud de Ladera ESE

Proyectó y Elaboró: I.E.P.J.

Sede Administrativa
Calle 14 # 6N-23 Pisos 3º y 4º Edificio San Marino - PBX: 8080124

ANEXO 6 CARTA DE APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA FACULTAD DE SALUD UNIVERSIDAD DEL VALLE



Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud

ACTA DE APROBACIÓN N° 06-012

Proyecto: FACTORES ASOCIADOS CON LA OPORTUNIDAD PARA ACCEDER A LOS METODOS DIAGNOSTIVOS DE MUJERES CON RESULTADOS DE CITOLOGÍA DE LESIONES INTRAEPITELIALES EN UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SANTIAGO DE CALI 2012

Sometido por: NHORA LUCIA ARIAS Q./JOAS BENITEZ DUQUE

Código Interno: 053-012 **Fecha en que fue sometido:** 16 / 03 / 2012

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2002; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica** que:

- Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

☒ Resumen del proyecto	☒ Protocolo de investigación
☐ Formato de consentimiento informado	☒ Instrumento de recolección de datos
☐ Folleto del investigador (si aplica)	☒ Cartas de las instituciones participantes
☐ Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)	
- El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
- Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

☒ SIN RIESGO	☐ RIESGO MÍNIMO	☐ RIESGO MAYOR DEL MÍNIMO
--	--	--
- Que las **medidas** que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
- La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
- Este proyecto será **revisado nuevamente** en la próxima reunión plenaria del Comité, sin embargo, el Comité puede ser convocado a solicitud de algún miembro del Comité o de las directivas institucionales para revisar cualquier asunto relacionado con los derechos y el bienestar de los sujetos involucrados en este estudio.
- Informará** inmediatamente a las directivas institucionales:
 - Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
- Informará** inmediatamente a las directivas institucionales toda información que reciba acerca de:
 - Lesiones a sujetos humanos.

Calle 4B 36 -00 edificio Decanato Teléfono: 5185677 email: eticasalud@univalle.edu.co



- Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
- b. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que haya sido revisado y aprobado por el Comité.
 9. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de **1 año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
 10. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente (Anexo 1).
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. cualquier decisión tomada por otros comités de ética.
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.

Firma:

Nombre:

LAURA E. PIEDRAHITA S.

Fecha:

27

03

2012

Capacidad representativa:

PRESIDENTA

Teléfono: 5185677

CERTIFICACIÓN DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

Por medio de la presente, certifico que la Facultad de Salud de la Universidad del Valle aprueba el proyecto arriba mencionado y respeta los principios, políticas y procedimientos de la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial, de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y de la reglamentación vigente en investigación de la Universidad del Valle.

Firma:

Nombre:

HERNAN J. PIMIENTA J.

Fecha:

27

03

2012

Capacidad representativa:

VICEDECANO DE LA FACULTAD DE SALUD

Teléfono: 5185680