

Programas de control del Cáncer cervicouterino en Antioquia y Medellín 1980 a 2010*

Cervical Cancer Control in Antioquia and Medellín 1980–2010

Marleny Valencia Arredondo 1

RESUMEN

Objetivo: caracterizar desde los actores los programas implementados en Antioquia y Medellín de 1980 a 2010. **Materiales y métodos:** estudio cualitativo de los programas de control del cáncer cervicouterino en Antioquia y Medellín a partir de las voces de los actores. La información se obtuvo mediante revisión documentada y entrevistas a profundidad a 15 actores relacionados con las actividades de control de esta neoplasia.

Resultados: en el departamento y en el municipio, han funcionado dos programas, siendo más estructurado el programa de detección y control del cáncer cervicouterino que funcionó de 1990 a 1995. Luego de la Ley 100 solo han quedado actividades desarticuladas y con poco impacto en la mortalidad por esta neoplasia. **Conclusiones:** los programas desarrollados, han tenido la influencia directa de los cambios de administraciones, de las reformas del sistema de salud y de la normatividad, de acuerdo a esto han fluctuado las responsabilidades de las diferentes actividades, con esto se muestra la importancia de la voluntad política para sacar adelante programas de este tipo. No se cuenta en la actualidad y desde hace más de una década con un programa debidamente estructurado.

PALABRAS CLAVES

Programas nacionales de salud, prevención y control, neoplasias de cuello uterino, salud pública.

ABSTRACT

Objective: Rebuild from the actors, the programs implemented in Antioquia and Medellín from 1980 to 2010. **Materials and methods:** qualitative study of control programs for cervical cancer in Antioquia and Medellín from the actors, taking into account the influence of healthcare system reforms and the different administrations. The information was obtained by documenting and depth interviews with 15 stakeholders related to control activities of this neoplasm review. **Results:** In the department and the municipality have worked two programs, being more structured program of detection and control of cervical cancer those that ran from 1990 to 1995. After the "Ley 100" there have only been disjointed activities and with little impact on mortality from this neoplasm. **Conclusions:** The developed programs have had direct influence of changes of administrations, healthcare system and regulation reforms, to which the responsibilities of the different activities have accordingly fluctuated, what shows the importance of the political will to take forward such programs. As today, and for over a decade, both Colombia and Antioquia lack of properly structured cervical cancer control programs.

KEY WORDS

National health programs, prevention and control of cervical neoplasia, public health.

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de **investigación**. Este artículo se deriva de la investigación "Otra Cara del Cáncer Cervicouterino: un análisis desde lo macro y lo micro". Cofinanciada por Metrosalud, aprobada por Comfenalco.

1 Ph.D en Salud Pública. Grupo de investigación salud sexual y cáncer, Universidad de Antioquia, Medellín (Colombia). Correo electrónico: mvalenc@gmail.com

Citación sugerida

Valencia M. Programas de control del Cáncer cervicouterino en Antioquia y Medellín 1980 a 2010. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2014, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 4(2): 43-58. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	1 de noviembre de 2014
Aprobado	12 de diciembre de 2014
Publicado	30 de diciembre de 2014

Introducción

En Colombia el cáncer cervicouterino (Cacu) continúa siendo una causa importante de muerte entre las mujeres, afectando a población femenina más joven en comparación con otro tipo de neoplasias y que representan un soporte social, económico y familiar clave en nuestra sociedad. Ante esta problemática, se han realizado actividades preventivas basadas en el tamizaje con citología; esto ha mostrado ser efectiva en otros países, especialmente en los de ingresos económicos altos, pero en los de ingresos bajos o medios, como Colombia, se han tenido dificultades para su implementación, tales como: pocos controles de calidad, tanto al examen como a los citotecnólogos y patólogos; falta de seguimiento a las mujeres con resultados citológicos positivos; desarticulación de la atención y bajas coberturas (1,2). Sin embargo, es necesario tener presente que las muertes por esta neoplasia están estrechamente relacionadas con determinantes económicos, sociales, culturales y políticos (3,4).

Los análisis realizados sobre los programas de control del Cacu se han enfocado en aspectos epidemiológicos o de planificación, muchos de ellos tomando una o varias categorías, pero no de manera articulada; algunos han tenido en cuenta los actores, escuchando sus voces respecto al funcionamiento de estos. No obstante, pocos estudios muestran como los programas desarrollados en el departamento realizan un análisis juicioso de los logros alcanzados hasta el momento, sin retomarlos para darle continuidad y articulación en búsqueda de la conformación de un verdadero programa de control del Cacu.

En este artículo se reconstruyen los programas de control del Cacu establecidos en el ámbito departamental y municipal, a través de las voces de los actores involucrados en su planificación y ejecución, y mediante la revisión documentada, destacando las fortalezas, logros, dificultades e impacto de la reforma en salud en su funcionamiento, aspectos que pueden dar luces para la configuración de un programa contextualizado, debidamente estructurado y efectivo.

Materiales y métodos

Se realizó una caracterización de los programas de control del Cacu a partir de las voces de los actores y de la revisión documental, como una aproximación del estudio de caso. Se recopiló información por medio de entrevista a profundidad y revisión documentada; las entrevistas se hicieron a 15 actores de los programas implementados en Antioquia y Medellín. La selección de los entrevistados se realizó por conveniencia, de acuerdo a su participación en la planificación y ejecución de los programas.

Con el fin de tener una visión de la implementación de las actividades en el marco del sistema de salud se analizaron dos instituciones, una que atiende a personas del régimen contributivo (Comfenalco) y otra del régimen subsidiado (Metrosalud).

Con la revisión documentada se analizaron los diferentes programas que han funcionado en el ámbito nacional y su acogida a nivel regional y local. La búsqueda se realizó manera no sistemática en bases de datos como *Medline*, *Ebsco*, *Jstor*, *Lilacs*, *Google académico* y bases de datos de la biblioteca de la Universidad de Antioquia. Las palabras claves empleadas fueron: programas de control del cáncer cervicouterino, actividades de control del cáncer cervicouterino, Reformas al sistema de salud y control del Cacu. Se revisaron artículos de investigación, de revisión y tesis de 1980 a 2010.

Las categorías que guiaron el análisis de la información fueron: directrices para la planeación e implementación de programas, dinámicas de los programas y actores, actividades desarrolladas, impacto alcanzado, causas de la finalización e influencia en la estructuración de otros programas o actividades de control de esta neoplasia.

Resultados

Programas de control del Cacu en Colombia

De los programas que instaurados en Colombia para el control del Cacu, los principales y más estructurados, han sido el Plan Nacional de Cáncer (PNC) y el Programa de Detección y Control del Cáncer Cervico Uterino (PDCCCU); si bien ambos fueron creados de manera sistemática y planificada, cada uno tuvo un énfasis diferente. El PNC ubicó el Cacu como un problema de salud importante en las mujeres y buscó garantizar la existencia de recursos humanos, físicos y financieros para su buen funcionamiento. Por su parte el PDCCCU, partió de mirar el comportamiento del Cacu, los factores de riesgo y las actividades desarrolladas tanto dentro como fuera del país, centrándose en la educación comunitaria(1,5,6). Sólo el segundo se implementó de manera estructurada en el departamento de Antioquia.

Dinámica de los programas en Antioquia y Medellín: actividades, actores y logros

En Antioquia, el director de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia –DSSSA– publicó en 1988, que se implementaría en la sección Materno–Infantil un programa de control de Cacu, ubicando a la paciente en los tres niveles de prevención: 1) educación y promoción de la citología, 2) diagnóstico oportuno y 3) rehabilitación, en el marco del Sistema Nacional de Salud –SNS–(7). Hasta antes de los 90 no había un programa como tal en Antioquia, sólo la toma de citologías con cargo al Estado:

El programa de cáncer de cuello uterino comenzó en el departamento de Antioquia, desde el año de 1990. [...] ¿Antes de ese año? No, desde el año 1988 [...], se hacía simplemente un consolidado de registro de citologías cervico–uterinas [PDSSA 1].

A inicios de 1990, dado el poco impacto de las actividades desarrolladas y el aumento de resultados anormales en citología se vio la necesidad de implementar un programa de control. En esa misma época llegaron las indicaciones del Instituto Nacional de Cancerología –INC– de Bogotá para iniciar el montaje del PDCCCU, el cual fue creado a nivel nacional y para funcionar en los diferentes departamentos del país, contando con un coordinador ubicado en las Direcciones Seccionales de Salud –DSS– [PDSSA 1].

Los lineamientos para el montaje e implementación del programa estaban en documentos editados por el INC, eran aproximadamente siete y cada uno iba dirigido a un tema específico del programa, entre ellos: 1) el manual de técnicas y procedimientos, 2) el manual de supervisión y evaluación, y 3) el documento técnico #1: "Normas Técnicas y Administrativas. Guía de implantación, detección y control del Cacu", que incluía, entre otras cosas, la epidemiología de la neoplasia en Colombia, la

historia natural de la enfermedad, antecedentes de la detección precoz y cómo estaba organizado el programa. Asimismo, presentaba el esquema organizativo, los niveles de atención y los objetivos tanto del proceso como del impacto (8); [PDSSA 1]. En el caso de Antioquia, se dividió el departamento (125 municipios) en nueve regiones, a cada una se les asignó un hospital de segundo nivel que funcionó como centro de patología [PDSSA 1].

En pocas palabras, el PDCCCU se ajustó a los niveles de organización del SNS vigente en 1990 así: el nivel nacional como rector del programa contaba con el Ministerio de Salud y INC como entes normativos; el seccional encargado de la coordinación del programa en el ámbito departamental, en este nivel se ubicó el laboratorio de citología integrado al Laboratorio Seccional de Referencia y funcionaba así: 1) Nivel primario: denominadas Unidades de tamizaje –UT–, en las cuales se efectuaba la captación y toma de citologías, constituidas por puestos y centros de salud, y consulta externa de hospitales locales y regionales. 2) Nivel secundario, denominados Centros de Patología Uterina –CPCU–, encargados del diagnóstico mediante biopsia y del tratamiento de acuerdo a las directrices del programa, conformados por los hospitales regionales con sus servicios de ginecología. 3) Nivel terciario denominado Unidades Zonales de Cáncer –UZC–, les correspondía la cobertura en el ámbito departamental y funcionaban como redes. A nivel nacional existían trece unidades. La unidad zonal No. 5 correspondía a Medellín y estaba ubicada en el Hospital San Vicente de Paúl. Cada uno de los niveles tenía funciones tanto de atención como administrativas de acuerdo al nivel de complejidad (8).

El INC realizaba capacitaciones al personal de salud a fin de entrenarlos para su participación dentro del programa. La coordinadora del mismo tenía como función gestionar recursos económicos a parte de los girados por parte del Ministerio de Salud para montar la infraestructura:

En estos segundos niveles se hizo por parte del Instituto Nacional de Cancerología una sensibilización con todos los médicos, las enfermeras, a las bacteriólogas de los laboratorios clínicos, auxiliares de enfermería de consulta externa, a los ginecólogos, y donde hubiera patólogo, a los patólogos [PDSSA 1].

Las UT tenían a su cargo la promoción de la salud y educación a la comunidad, toma de citologías a mujeres en edades de 25 a 69 años, siguiendo el esquema 1–1–3; según la coordinadora del programa en Antioquia no se acogió esta directriz:

[...] yo les demostraba la lucha que habíamos tenido para lograr que las mujeres cada año se hicieran su citología; para llegar a decirles que ya no era así, ellas no me iban a entender, esa mujer se nos pierde, ya no vuelve. ¿Qué tanto es?, si es un examen que en ese entonces valía como \$7.000 pesos, gastarlos, pero que ella quede tranquila y que lo coja como una cultura, como lo hace con la de vacunación [PDSSA 1].

Otra de las funciones establecidas para estas unidades fue el seguimiento e ingreso de las pacientes con citología negativa al programa, remisión de pacientes con citología positiva o con sospecha de Cacú al médico general y seguimiento a las pacientes tratadas por Cacú en otros niveles y contra–referida a estas unidades. En la parte administrativa le correspondió determinar la población a cubrir de acuerdo a la normatividad, programar la cobertura anual a lograr en cada unidad, diligenciar formatos del sistema de información con el propósito de contar con registro adecuado y actualizado, coordinar actividades de participación comunitaria, incluyendo grupos

de mujeres organizados, juntas de acción comunal, líderes comunitarios; organizar las actividades extramurales y evaluar periódicamente la cobertura, oportunidad, cumplimiento e impacto del programa para tomar decisiones respecto a su funcionamiento (9).

La coordinadora del programa resalta la forma como se vivió la experiencia en Antioquia y como se logró llegar a mucha población que antes no se había realizado ninguna citología a pesar de ser mayor de 50 años y tener varios hijos:

[...] fortalecíamos la toma de citología con las auxiliares de enfermería, con enfermeras, con médicos generales; fortaleciendo la demanda y la detección temprana. Las auxiliares y las enfermeras hacían parte de promoción con los promotores rurales de salud, entonces se hizo un estudio muy lindo donde intervino la estrategia de municipio saludable, se iba casa a casa, se preguntaba no solamente ¿usted tiene a su hijo vacunado cumpliendo con todo el esquema de vacunación?, sino que una de las preguntas claves era ¿cuántas mujeres habitan en este hogar?, ¿todas ya se hicieron la citología?, luego se les daba un carné rosado que se llamaba Pase a la Vida; donde se anotaba cuando se hacían la citología. Si le daba negativa se le decía que volviera al año siguiente. Así, se fue cogiendo un sentido de pertenencia grande [PDSSA 1].

Los CPCU de los hospitales regionales, tenía funciones de atención relacionadas con el diagnóstico definitivo de las pacientes remitidas, tratamiento a las mujeres con Neoplasia Intraepitelial Cervical –NIC– I a III; remisión a la Unidad Zonal de cáncer correspondiente, en el caso de las pacientes con Cáncer invasivo ubicada en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín; control a las pacientes tratadas, contra–remisión al ente de salud de origen una vez finalizado el seguimiento en este nivel:

[...] Una mujer que hubiera sido detectada con una LIE, diga usted en Concordia, ese hospital tenía la obligación de llamar a la regional y hacer la conexión. Los costos de traslado le correspondían a la paciente; pero si ésta era de muy bajos recursos, me llamaban. ¿Qué hacía yo como líder del programa?, llamaba a Ciudad Bolívar, le decía a la trabajadora social que teníamos una pacientica de escasos recursos de la vereda Chigualito, que se le debía colaborar para el transporte, así nadie se quedaba sin atender [PDSSA 1].

Una de las dificultades del programa, fueron las barreras geográficas y económicas de las pacientes, pues ellas debían sufragar los gastos del traslado; y si bien la CPCU se encontraba dentro de la misma región, en muchas ocasiones las distancias y la falta de dinero se convertían en obstáculos de fuerza mayor que impedían el cumplir la cita para la confirmación del diagnóstico y aún más, del tratamiento; esto sin contar con el rol que juega la mujer dentro del hogar como cuidadora de los hijos y del compañero. No obstante, se observa el compromiso de coordinadora para solucionar las dificultades económicas y lograr la atención de la paciente.

La UZC igual que las anteriores secciones tenía unas funciones de atención propias de su nivel de complejidad: a) realización del estadiaje y tratamiento de las pacientes con diagnóstico de Carcinoma invasivo, b) efectuar los controles de las pacientes tratadas a este nivel, c) realizar la contra–remisión de las pacientes tratadas. Como funciones administrativas: programar las citas para la

atención y el tratamiento; establecer niveles de comunicación con la coordinación del programa; asegurar la calidad de la atención médica; evaluar oportunidad y seguimiento de la atención.

En el programa se fortaleció la educación para la comunidad y la búsqueda de la participación comunitaria, mediante el diseño de cartillas educativas donde las mujeres se sintieran identificadas, la entrega de carnet de seguimiento para que se empoderaran de su citología. Asimismo se formaron líderes comunitarias quienes se convirtieron en replicadoras de la importancia de la citología, los controles y el tratamiento en las distintas comunidades [PDSSA 1].

Se trabajó de manera intersectorial involucrando a los educadores y otros sectores dada la importancia de contar con estrategias desde diferentes frentes para afrontar esta problemática; por esto se buscó que sectores como las universidades, los colegios, las administraciones municipales se involucraran en este programa [PDSSA 1]. Otro de los logros fue la oportunidad de los resultados, pasando la entrega de éstos de un mes y medio a diez días [PDSSA 1], [PDSSA 2].

El control de calidad estaba dentro de las funciones de la coordinación del programa. Aparte del reporte, se revisaba la toma de los datos, la calidad de los extendidos y de la coloración, así como el correcto diligenciamiento de los registros. Esta actividad se llevaba a cabo cada seis meses [PDSSA 1]. Este se realizó también desde el inicio del programa pues estaba incluido dentro de las actividades que el INC incluía en éste [PDSSA 2].

Para las actividades extramurales se tenían contratadas auxiliares de enfermería, enfermeras, bacteriólogas, ginecólogos, citotecnólogas y patólogo, éstos se desplazaban cada determinado tiempo a los diferentes CPCU de las distintas regionales, para realizar actividades de tamizaje, lectura de citología, diagnóstico y muchas veces tratamiento. Las promotoras de salud y los líderes comunitarios formados en el programa, jugaron un papel importante al realizar el contacto con las mujeres a atender, organizar las citas y buscar las mujeres de la zona rural con poco acceso a los servicios de salud [PDSSA 1] (10).

En el nivel seccional se encontraba ubicada la oficina de la coordinación y era responsable de la articulación de la atención de las pacientes entre las unidades de tamizaje y el CPCU, además debía evaluar el programa en el área correspondiente y diligenciar formatos:

[...] siempre la comunicación directa era conmigo, entonces llamábamos, me resultó una paciente con esto, entonces ya yo me encargaba de ubicarla acá en el tercer nivel. Yo llamaba al Hospital San Vicente, llamaba a la Clínica Las Américas, que también hicimos un contrato con ellas [PDSSA 1].

En este programa se establecieron metas de cobertura que debían cumplir los municipios y el Departamento cada año, definidas de acuerdo con la población femenina en edad reproductiva. La meta establecida desde el INC para el primer año fue el 25% de las mujeres en edades entre 25 y 69 años, aunque también se tenían en cuenta las mujeres de otros rangos de edad que buscaran el servicio. El objetivo era lograr una cobertura de 75% en tres años de funcionamiento de éste; cada año se pretendía tener una cobertura de 25% pero con mujeres que no hubieran ingresado al programa [PDSSA 1].

El registro que funcionaba en el programa, permitía saber en cual rango de edad de las mujeres se estaba presentando el Cacú, los factores de riesgo y conocer el comportamiento de esta neoplasia

en cada municipio; información que se enviaba por la coordinación del programa a estos entes municipales con las recomendaciones correspondientes para trabajar en pro de la prevención del Cacu [PDSSA 1].

Otra de las fortalezas grandes en el Departamento, fue la realización de los simposios Antioquia Frente al Cáncer, los cuales se presentaron como proyecto en 1999 y luego se ejecutaron a partir de 2001 y aún hoy se realizan. La idea con estos simposios es mantener la actualización del personal involucrado en el control de esta enfermedad [PDSSA 1].

¿Por qué se terminó el PDCCCU en Antioquia?

De acuerdo con la entrevista base de esta reconstrucción del PDCCCU, este funcionó muy bien desde 1988 hasta el 2000 y la Ley 100 no tuvo que ver en su desarticulación:

Yo soy una de las convencidas, que la ley 100 no afectó el sector salud, [...]. La Ley 100 como tal trajo distribuidas unas funciones para cada uno, y no quiere decir que la Ley 100 el rico es el más rico y el más pobre es el más pobre, no, precisamente eso nos dice con su mismo nombre Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos debemos de estar en salud por la misma normatividad [PDSSA 1].

Sin embargo, para otra funcionaria de la DSSA que se desempeñó dentro de dicho programa, la Ley 100 afectó considerablemente los programas de control del Cacu. Resalta que el programa sólo funcionó cinco años, más o menos desde 1988 hasta 1993/1995 luego se desarticularon todas las actividades [PDSSA 2].

[...] La ley 100 hizo que cada municipio se encargara de su cuenta. Cada director local de salud, o cada alcalde, o el que tuviera interés en citología, buscaba donde le hacían las citología y se partió todo. Entonces de repente lo que teníamos unido como una gran red, se acabó [PDSSA 2].

La coordinadora del PDCCCU considera que el programa funcionó hasta que la DSSA le dio el apoyo, lo cual dependía de las directrices a nivel nacional. Es decir, que estos programas se desarrollaron de acuerdo a la voluntad política y dependieron de la administración del momento, siendo programas de funcionarios y no de la institución [PDSSA 1].

Control de Cacu en Antioquia después del 2000

Con la promulgación de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2002 – 2006 (11) y el programa formulado en Antioquia, aunque se fortaleció la salud sexual y reproductiva con estrategias intersectoriales y multidisciplinarias, el control del Cacu entró a ser un componente más de ésta. La coordinadora del PDCCCU en Antioquia, refuerza que con esta política se terminaron de desdibujar las actividades que todavía continuaban del control del Cacu, sin dejar de reconocer que, por otro lado, se trató de apoyar su desarrollo sin mayores resultados:

[...] dejaba de ser un programa aislado y ya se metió dentro de la política y ya tenía que ver con la integralidad, pues por esa época también salió la ley 715, que nos habla de integralidad [...], pero económicamente empezamos a sufrir mucho porque ya los recursos no eran sólo para cáncer de cérvix, sino que había que distribuirlos en seis componentes, entonces ya empezó cada líder a halar para su bolsillo [PDSSA 1].

Después del año 2000, en el Departamento, sólo quedaron algunas actividades del programa de control del Cacú que venía funcionando. Estas actividades se rigen por la Norma Técnica 00412 de 2001 que expone las directrices y las metas a cumplir y acciones obligatorias (12).

Aunque en el marco de la política de salud sexual y reproductiva, el Cacú como uno de sus componentes, siguió siendo liderado en Antioquia por la antigua coordinadora del PDCCCU, al promocionarse otros componentes a parte del control de Cacú que tenían relación con esta neoplasia, como fue el caso de las infecciones de transmisión sexual, el abordaje se hizo de manera aislada y no en el marco de un programa de control de Cacú; es decir, que ya no tenían la misma articulación ni la dinámica trabajada en el PDCCCU, asunto resaltado por la funcionaria que recibió la coordinación del componente de control de Cacú en 2006:

[...] El programa de SSR estaba con otra funcionaria, ella trabajó mucho en esa parte sobre el HIV, entonces al lado de esas ITS iba también el carcinoma del cuello uterino, por el boom de PVH, entonces se aprovechaban estas dos ITS para trabajar conjuntamente, pero como te digo, programa como tal no había, eran actividades sueltas y más cantidad era la de P Y P, no era un programa como tal [PDDSA 2].

Actividades que han permanecido aunque con fluctuaciones

Después del desmantelamiento del PDCCCU continuaron el sistema de registro y el control de calidad. El primero nace en el departamento entre los años 1998–2002, en desarrollo del proyecto de prevención y atención de enfermedades crónicas y degenerativas. El objetivo central era reportar de forma periódica y actualizada la información de las neoplasias, sus características y comportamiento, a fin de evaluar la magnitud, el impacto y la tendencia de estas enfermedades en Antioquia. Se consolida una base de datos que apoya la toma de decisiones en lo referente a promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de las pacientes y lograr un control efectivo de las mismas [PDSSA 2].

El sistema de registro ha tenido fluctuaciones dependiendo del interés del director de la seccional; fue así como funcionó continuamente entre 2002 y 2004, luego se suspendió hasta el 2008, discontinuidad que afectó profundamente el proceso por la dificultad de recuperación de la información:

[...] el registro de cáncer como tal ya es un sistema de información, que afloró más o menos en el 2000, para cubrir la necesidad de tener datos de Antioquia, se apoyó en el Instituto Nacional de Cancerología y en el proyecto de Cali y se le denominó enfermedades crónicas [...]. El registro que ha tenido épocas donde ha bajado la guardia porque en las diferentes administraciones lo han dejado sin

apoyo, pero que nuevamente retoma como en la mitad del camino cuando piden estadísticas, entonces buscan cáncer, y como no tenemos cáncer entonces ahí si llaman al proyecto, y volvemos a retomar[...] [PDSSA 2].

El otro componente que siguió funcionando a medias, como programa, es el control de calidad, el cual se inició a partir de la red conformada por patólogos, ginecólogos y citotecnólogos implementada durante el PDCCCU. Esta red estaba encargada del control de calidad tanto de citologías como de biopsias, inicialmente realizándolo en los laboratorios de la red pública y luego tratando de incluir los privados.

[...] fue manejado por el INS, Instituto Nacional de Salud, entonces ya me tocaba tratar de liderar este proceso en Antioquia y así empecé, convocando los laboratorios, tratando de hacer una base de datos de que laboratorios tenían lectura de citología [PDSSA 2].

A pesar de las dificultades tanto técnicas como administrativas y las relacionadas con el cumplimiento de normas por parte de los laboratorios, en el momento se tienen 53 laboratorios habilitados en Antioquia y se encuentran adscritos al control de calidad externo implementado el Laboratorio Departamental de Salud Pública. Dentro del control de calidad se incluyeron actividades como cualificación en la toma de muestras, coloración, lectura y reporte del estudio citológico, logrando así mejorar todos estos y alcanzado una mayor sensibilidad de la citología en la detección de lesiones pre-neoplásicas [PDSSA 2].

Programa o actividades de control desarrolladas en Medellín

Los programas de control de Cacu desarrollados en la ciudad están en consonancia con lo implementado en el Departamento y en el País. Hasta antes de 1990 sólo existía la toma y lectura de citología y su reporte era muy demorado, llegando hasta tres meses o más para la entrega del resultado a la paciente. Luego, entre 1988 y 1990, se empezó a implementar el PDCCCU por directriz del Ministerio de Salud y como ente coordinador el INC. En palabras de la enfermera encargada del programa en el Instituto Metropolitano de Salud –Metrosalud–, entidad que fungía en ese entonces como ente rector de salud en la ciudad:

[...] se venía trabajando pues como en un programa regular de toma de citologías pero era un proceso demorado, eterno. [...] Entonces ya montamos el programa de cáncer de Cacu en la unidad de Castilla como segundo nivel de atención, se llamaba el centro de patología cervicouterino. El primer nivel de atención era en todos los centros de salud de Metrosalud donde se hacía la toma de citología [PMetro 1].

Para la implementación del PDCCCU en Medellín, se nombró una citotecnóloga y se contrató el laboratorio de Patología de la Universidad de Antioquia para el control de calidad, se capacitaron las auxiliares de enfermería y el personal de salud que iba a desempeñarse en el programa, o sea, este programa empezó a funcionar poco a poco; luego se contrataron otras entidades para la lectura, con esto se mejoró la oportunidad de los resultados, haciendo entrega de ellos en un mes. Se fortaleció en la Unidad Intermedia de Castilla el segundo nivel para el diagnóstico mediante la colposcopia y la biopsia, pero ante la falta de contratos para el examen histológico, la paciente

debía buscar el procesamiento de ésta particularmente. Más tarde se logró contratar con un patólogo de la ciudad para la realización de este proceso; sin embargo, la paciente era la encargada de llevar la biopsia directamente al laboratorio:

[...] cumplíamos con uno de los requerimientos que tenía en ese momento el programa que decía que no deberían de pasar entre más de 15 ó 20 días en definir el tratamiento [PMetro 1].

La dinámica del programa del PDCCCU en la ciudad, fue similar a la desarrollada en Antioquia pero a menor escala, pues a nivel municipal se contaba con las UT y los PCU. La organización de estas unidades dependía de los recursos a nivel departamental y de las directrices dadas tanto por la DSSA como por el INC. Inicialmente, el programa no se desarrolló en la misma dimensión pues había poco personal de salud para estructurar los PCU, sólo se tenía un ginecólogo capacitado para las colposcopias y las biopsias. Las UT contaba con auxiliar de enfermería y enfermera para la toma de muestras, y entrega de resultados, pero tenían a su cargo otras actividades diferentes a las del programa, es decir, el tiempo era restringido [PMetro 1].

En segundo nivel, además, se hacía una especie de acompañamiento a las mujeres que les iban a realizar alguna cirugía como conización o histerectomía, el cual consistía en una reunión de expertos como psicólogo, trabajadora social, la coordinadora del programa y ginecólogo; allí se trataban aspectos que pudieran contribuir a la disminución de la ansiedad causada por la expectativa ante el procedimiento.

El PDCCCU en Medellín, y su instauración por parte de Metrosalud como ente rector en esa época, logró mejorar la oportunidad de la entrega de resultados, la calidad en la toma de muestras y la atención, en cierta forma, integral de la paciente, garantizándole la detección, el diagnóstico el tratamiento y en menor medida el seguimiento. El PDCCCU, duró en el municipio de 1990 a 1995 aproximadamente [PDSSA 2], hasta la implementación de la Ley 100/93. Cuando se desmontó el programa se fueron cambiando de cargo a las distintas profesionales que se desempeñaban en él, fraccionando todo el sistema, esto se reflejó en la atención de las pacientes, quienes tuvieron grandes dificultades para la atención, especialmente quienes presentaban lesiones intraepiteliales, ya que cada aseguradora no consideraba que fueran su responsabilidad [PMetro 1], [PMetro 2].

Las actividades correspondientes a la Secretaría de Salud para el control del Cáncer, después de su conformación han sido variables de acuerdo de las reformas en la seguridad social y de la normatividad vigente. Según el coordinador del 4,01% de la capitación, dirigido a la prestación de servicios de promoción y prevención para el régimen subsidiado y de la población pobre no afiliada, las actividades desarrolladas para estos dos tipos de atención eran toma y lectura de citologías, actividades educativas y vacunación, entre otras. Estas acciones se complementaban con las de educación establecidas en el PAB [P Secretaría 1]. La responsabilidad de estas actividades tenía la venía dada por la Ley 100/93, Ley 715/ 2001 y el acuerdo 229/ 2002 del Consejo Nacional de Salud; éste último definía los porcentajes de ese 4,01 que se debían implementar en cada actividad:

[...] un programa como tal para reducir la mortalidad en cáncer de cérvix no existía y creo que lo puedo decir con toda tranquilidad, no ha existido ni el momento existe. Hoy ya ni siquiera existen estas actividades dado pues la legislación le quitó esa labor de la prestación de servicios [P Secretaría 1].

Las actividades desarrolladas en la secretaría hasta el 2008, a parte de la toma y lectura de citología, fueron gestionar ante la aseguradora el diagnóstico y tratamiento oportuno de las mujeres con resultados positivos y hacer seguimiento oportuno para darle acceso prioritario. Con la derogación del acuerdo 229 en el 2008 pasan nuevamente todas las actividades a cargo de las aseguradoras del régimen subsidiado y el recurso que no se había logrado invertir en las acciones tuvo que ser devuelto al Ministerio de Salud:

Había un saldo inmenso en dinero que quedaba para el programa del Cacú, precisamente porque las mujeres no acudían a tomarse la citología, todo ese dinero que fue aproximadamente 5.000 millones entre 2002 y 2008, quedó sin ejecutar y se devolvió al Ministerio. Yo creo que el cáncer tendría otro comportamiento si hubiéramos invertido ese dinero de manera efectiva en la ciudad durante ese tiempo [...]. Nos cerramos en una forma tradicional de oferta, a pesar de que desde la academia nos llamaban y nos invitaban a estar abierto a las nuevas formas de hacer el programa de cáncer de cérvix [P Secretaría 1].

Luego de la derogación de este acuerdo y con la reforma de la Ley 100, con la 1122 de 2007, la Secretaría sólo quedó a cargo de la toma y lectura de citología para la población pobre sin subsidio; para este efecto fue contratado directamente Metrosalud y esta institución fungió como coordinador entre la Secretaría y el prestador contratado para la lectura, esto con el fin de no fragmentar más la atención y de lograr mayor calidad en la toma del examen mediante la capacitación al personal encargado de este proceso, asunto que fue incluido dentro del contrato hecho con el prestador de la lectura del examen. Otra de las funciones con las quedó la Secretaría fue la de garantizar el diagnóstico y el tratamiento para esta población gestionándolo con la DSSA o mediante la búsqueda de la inclusión de estas en el régimen subsidiado.

Otra funcionaria planteó que desde la Secretaría, en los últimos dos años, se estableció un contrato con el grupo Nacer de la Universidad de Antioquia, para la realización de una especie de veeduría a la prestación de los servicios por parte de las EPS de la ciudad tanto del régimen contributivo como del Subsidiado. Estas veedurías surgieron en cumplimiento a la normatividad vigente sobre salud pública donde se indica las funciones de asesoría y acompañamiento que debe realizar la Secretaría de Salud municipal. [P Secretaría 2]. Algunos funcionarios catalogan estas veedurías como débiles pues no hay ninguna sanción cuando hay incumplimiento de las actividades [P Comfenalco 1].

Después de la conformación de la Secretaría de Salud de Medellín y la definición de Metrosalud como ESE, las actividades para el control del Cacú se centraron en el departamento de programas especiales, luego pasaron a ser programa especial y materno, y por último se definieron en programas de promoción y prevención. A esta entidad le correspondió las actividades de promoción y prevención dirigidas a las mujeres del régimen subsidiado y pobres sin subsidio. Sin embargo, aunque se considera promoción y prevención como un pilar fundamental para la salud de la población, las directrices y lineamientos siempre han dependido de la administración municipal de turno y del gerente de la institución, esto hace más difícil la continuidad de los programas y por tanto el margen de movilidad no es tan amplio, como se quisiera, para darle un viraje a la atención en salud pública [PMetro 3].

Siguiendo los lineamientos de la Resolución 412 de 2001 se organizaron las acciones por grupos etarios, se tienen identificadas cuantas citologías se deben hacer en cada punto de la red y esto se

logra consolidar trimestralmente por medio de los RIPS –Registros de información de prestaciones de salud–; de esta manera se sabe cómo está la cobertura. Basados en estos datos y el plan de acción de la alcaldía para este período, se desarrollan las líneas de trabajo. Se cuenta con una línea dirigida a la infancia, otra a la juventud, otra a las mujeres, a esta última se le ha dado una gran connotación porque ahí se tratan problemas como el Cáncer de cérvix, el de mama, el embarazo, el control prenatal. Todos estos frentes de trabajo ya existían y se ha continuado con ellos fortaleciéndolos [PMetro 3].

Desde la coordinación del departamento de P y P, se ha tratado de organizar un sistema de información que permita conocer cómo se están desarrollando las actividades el cumplimiento de metas, número de citologías alteradas, tiempo que se demora el diagnóstico y el tratamiento. La información sobre las citologías patológicas se pasa a la Secretaría de Salud y a las EPS, pero de parte de estas entidades no se recibe ninguna retroalimentación respecto a la calidad o el cumplimiento [P Metro 3].

El ginecólogo de Metrosalud entrevistado considera que el seguimiento y en general la estructuración de un programa, es muy complicado por la desarticulación de los servicios:

[...] la parte de prevención de Cáncer en lo que corresponde al ginecólogo general, debe manejarse como centros de referencia y todo en un sólo sitio, como se hacía en la década de los noventa. Pero ya con la implantación de la Ley 100 y con la reforma administrativa, la atención se fragmentó, entonces unos hacen la citología, otros hacen la colposcopia, a la paciente toca rebuscarse quien les revise la biopsia. Alguien planea el tratamiento y lo hace otro centro, otra IPS. Por ejemplo, una de las grandes barreras en algunas instituciones es que contratan la colposcopia pero no la cita de revisión [E Metro 2].

Esta falta de articulación también es notoria para el seguimiento y tratamiento, esto se traduce en barreras de acceso, pues Metrosalud se encarga de las citologías del régimen subsidiado pero para la colposcopia y la biopsia las EPS deciden a donde remiten a las pacientes. Lo mismo se observa cuando la mujer deja de ser parte del régimen subsidiado y pasa al contributivo, pues debe volver a empezar el proceso, incluida la citología, dado que le corresponde a otra entidad hacer el procedimiento. Es decir, que no hay un trabajo en red, impera la fragmentación de los servicios [P Metro 4], [P Metro 2].

[...] la responsabilidad de Metrosalud termina cuando se le proporciona el resultado a la paciente. Las normales siguen su programa de tamizaje que ya la empresa lo tiene muy definido, pero cuando ya salen anormales, los conductos que hay que seguir son los de los convenios y contratos interadministrativos [E Metro 2].

Existen instituciones que tratan de organizar su propio programa con resultados bastante prometedores. Es el caso de Comfenalco que ante las dificultades para el diagnóstico, luego de una citología positiva reportada por ellos como EPS, la colposcopia a cargo de la Secretaría de Salud o de la DSSA requiriendo varios trámites para su aprobación y por ende retraso sustancial del diagnóstico, aumento de la inoportunidad y avance de la enfermedad, asumió todo el proceso desde

la citología hasta el diagnóstico y el tratamiento de las lesiones pre-invasivas, logrando mejorar la oportunidad [P Comfenalco 1]¹. Este programa viene funcionando desde hace cerca de 10 años:

Porcentualmente, en mi consultorio han bajado todos los carcinomas invasores para ambos regímenes. El subsidiado que era un régimen descuidado, ha bajado dramáticamente, al principio todo LIE de alto grado que me llegaba era un carcinoma invasor, ¡no!, eso era una cosa desastrosa. Pienso en un programa no se ven los resultados a los seis meses, se ven después de cinco años de estar uno luchando [E Comfenalco 2].

Las entrevistas al personal de salud encargado de las actividades de control del Cacú corroboran lo expuesto por los planificadores en términos generales; evidencian que hay un deseo materializado de trabajar por el control del Cacú, articulando actividades de información, detección, diagnóstico y tratamiento, complementándolas con una base de datos actualizada que permite conocer la población usuaria y hacer el seguimiento respectivo.

Discusión

De acuerdo con los resultados de esta investigación se resalta que la intervención, desde los niveles políticos y administrativos, sobre las enfermedades de interés en salud pública tiende a realizarse desde lo biomédico y por tanto solo tratan de impactar las consecuencias del fenómeno en lo colectivo pero no busca atacar la problemática desde la causalidad estructural, asunto que ha sido resaltado por otros autores (13). Igualmente, los programas o proyectos en salud están determinados por la voluntad política y no por las necesidades de la población, puesto que cuando se posesiona un administrador diferente, la mayoría de las actividades o componentes en desarrollo en un momento dado, son cambiadas o suspendidas, sin hacer un análisis juicioso, ni mirar resultados, avances o dificultades o estudiar que se puede retomar para la estructuración de un verdadero programa.

Un asunto de gran relevancia y de amplia discusión ha sido el efecto de la Ley 100 en los programas de salud pública. En el presente estudio se corrobora que en Antioquia, al igual que en el resto del territorio Colombiano, luego de la Ley 100/93 estos programas sufrieron un retroceso considerable (5,14,15). Aunque se encontró que una de las funcionarias directoras del PDCCU consideró que esta Ley no influyó negativamente en los programas, la mayoría de los entrevistados concuerda con otros investigadores respecto a que con el fraccionamiento de la atención y la dispersión de las responsabilidades de los diferentes entidades, se contribuyó notoriamente a la desarticulación de los programas (6,16,17). También se aducen otras causas como la falta de dirección técnica y control por parte de los municipios, que las EPS se dedicaron a cumplir estrictamente la normatividad y las metas sin tratar de impactar la mortalidad por las enfermedades (18) y dado que el Estado tampoco está cumpliendo la función de control de manera adecuada propendiendo por la prestación de servicios con calidad y efectivos, las actividades quedan al libre albedrío de las EPS buscando la ganancia económica y no el mejoramiento de éstas (19,20).

1 El momento en el cual los entes territoriales eran los encargados de los procedimientos mencionados, se dio en el marco de la Ley 100/93 con el acuerdo 229 de 2002, derogado posteriormente en el marco de la Ley 1122 de 2007.

En el registro de esta neoplasia también se encontraron serias dificultades, pues como afloró en las entrevistas, en algunas administraciones se le quitó el apoyo a la coordinadora del mismo, encomendándole otras actividades; dejando de lado este componente, hasta que la Superintendencia de Salud exigió que Antioquia contara con datos actualizados y continuos sobre el comportamiento de enfermedades crónicas como el Cacú. Con la falta de registros adecuados, la problemática es subdimensionada, como se muestra en la investigación realizada por Rodríguez citado por Martínez (21) sobre la distribución del cáncer; en esa investigación se encontró que en 31 de los 33 regiones estudiadas el Cacú estaba entre las primeras 20 causas de mortalidad para las mujeres y en aquellos sitios donde no ocupa los primeros puestos en mortalidad fue debido, principalmente, a falta de registros actualizados o por problemas serios en el diligenciamiento de las causas básicas de mortalidad. Así, la muerte causada por Cacú, queda clasificada entre otras neoplasias malignas, contribuyendo al subregistro y a minimizar la magnitud de la problemática (22).

Respecto a la falta de un programa estructurado de control de la neoplasia estudiada luego de finalizado el PDCCCU, está en cierta forma en contravía con lo propuesto en el componente de control del Cacú en el marco de la política de SSR, pues en este se plantean como objetivos, entre otros: 1) garantizar el diagnóstico y tratamiento integral de las mujeres con citología cervicouterina anormal, 2) fortalecer y garantizar el control de calidad interno y externo para la lectura de citologías, 3) mejorar el conocimiento del comportamiento del PVH en Antioquia, 4) contribuir a la reducción de los factores de riesgo asociados esta neoplasia. Objetivos que no se cumplieron, ya que, de acuerdo a lo que afloró en las entrevistas, no se fortaleció ni se garantizó el control de calidad sino que se desmanteló lo poco que había.

Puede decirse que en la actualidad en Antioquia y en el País, no se cuenta con un programa estructurado e institucionalizado, sólo se tienen actividades desarticuladas y con una gama de normas que están dirigidas a establecer metas de programación, mecanismos de evaluación y acciones obligatorias que conducen principalmente a la contención del gasto y al aumento de la eficiencia en términos económicos y no al control de las enfermedades (18). Se puede pensar que no siempre la cuestión es de falta de recursos, sino de la inversión adecuada y de la búsqueda de las formas más acordes al contexto para lograr la reducción de la mortalidad por esta enfermedad.

Conclusiones

Los programas de control de Cacú desarrollados en Antioquia y Medellín han tenido la influencia directa de los cambios de administraciones nacionales y locales, de las reformas del Sistema de salud y de la normatividad, en tanto es de acuerdo a ello que fluctúan las responsabilidades de las diferentes actividades, mostrando la importancia de la voluntad política para sacar adelante programas de este tipo.

Los planificadores del ámbito regional son conscientes de la desarticulación que presentan las distintas actividades desarrolladas por los entes estatales para el control del Cacú y afirman que en el momento se carece de un programa estructurado, pues no hay directrices para su conformación ni se observa una voluntad política para establecer programas institucionalizados. No obstante, en los últimos ocho años se ha luchado por fortalecer algunas actividades como el control de calidad externo y el sistema de registro.

En Comfenalco y Metrosalud se ha propendido por contar con cierta articulación en las actividades en los últimos siete años; es así como en la primera institución se ha estructurado un programa centralizando en la detección, diagnóstico y tratamiento ambulatorio oportuno. En la segunda, se ha tratado de ir mejorando algunas características como la calidad de la lectura y toma de muestras citológicas, para luego continuar organizando la educación a la comunidad, pues consideran esta como una de las dificultades mayores para alcanzar una cobertura adecuada.

En ninguna de las actividades desarrolladas consideraron importante tener en cuenta las opiniones de las mujeres, ni trabajar con sus compañeros, en la búsqueda de actividades más incluyentes; excepto algunas charlas realizadas en algunos centros de salud o UPSSS de Metrosalud, principalmente a la entrega de resultados, siendo éstas, actividades mínimas de educación que aportan poco en el control de esta neoplasia.

Agradecimientos

A los participantes, Metrosalud, Comfenalco y la Universidad de Antioquia.

Referencias bibliográficas

1. **Murillo R.** Control del cáncer de cuello uterino en Colombia: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. *Biomédica* 2008; 28(4): 457-70.
2. **Wiesner C, Moreno HM, Piñeros M, et al.** Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(1): 1-8.
3. **Solidoro A.** Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta Médica Peruana* 2010; 27(3):204-6.
4. **Baena A, Almonte M, Valencia ML, et al.** Tendencias e indicadores sociales de la mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino. Antioquia, Colombia, 2000-2007. *Salud Pública de México* 2011; 53(6): 486-93.
5. **Cortez CM.** Programas para el control del cáncer cervicouterino. Análisis sociopolítico 1975 - 1995. [Trabajo de grado para optar al título de Magíster en Salud Pública] Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2003.
6. **Montealegre NA.** Impacto de las acciones emprendidas para la prevención y control del Cáncer cervicouterino en Colombia, 1960 - 2004. Bolivia: Universidad Andina Simón Bolívar Sucre-Bolivia; 2009.
7. **Dirección Seccional de Salud de Antioquia.** Lanzamiento del programa de control de Cáncer Cervicouterino. *Boletín Epidemiológico de Antioquia* 1988; XIII(2): 315.
8. **Instituto Nacional de Cancerología.** Normas técnicas y administrativas. Guía de implantación. En: Ministerio de Salud (Ed). Detección y Control del Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá; 1992: 49.

9. **Instituto Nacional de Cancerología.** Manual de técnicas y procedimientos de enfermería. En: Ministerio de Salud (Ed). Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá; 1991: 39.
10. **Instituto Nacional de Cancerología.** Laboratorio de Citología. Manual de Técnicas y procedimientos. En: Sistema de Salud (Ed). Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Bogotá; 1992: 47.
11. **Colombia - Ministerio Protección Social.** Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: (Febrero de 2003) 17 – 43.
12. **Colombia - Ministerio de Salud.** Resolución Número 00412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica. Bogotá: (febrero 25 de 2000)
13. **Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, et al.** Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012; 31(2): 166–75.
14. **Gómez C.** Oportunidades y alcances del plan nacional de Salud Pública. En: Franco S, De la Hoz F, Malagón R, et al (Ed). Cuadernos del Doctorado Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008: 49– 79.
15. **Hernández M.** La Nueva Ley de salud: más de lo mismo. *Caja de herramientas* 2011: 2–5.
16. **Yepes L, Ramírez M, Sánchez LH, et al.** Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Ottawa: Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo; 2010: 180.
17. **Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, et al.** Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2817–2828.
18. **Wiesner C, Murillo R, Piñeros M, et al.** Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(1):1–8.
19. **Molina G, Spurgeon P.** La descentralización del sector salud una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gestión y Política Pública* 2007; 16(1): 171–212.
20. **Echeverri O.** Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2008; 24: 210–6.
21. **Argentina.** III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. La mortalidad por cáncer cervicouterino y de mama en Colombia y México como expresión de las desigualdades socioeconómicas. Martínez B , Martínez S (Eds).Córdoba: 2008.
22. **Ochoa FL, Montoya LP.** Mortalidad por cáncer en Colombia en 2005. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia* 2009; 57: 304–15.