



---

**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA  
SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER**

**EDITH PAOLA NIÑO ROMERO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2011**



**INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA  
SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER**

**EDITH PAOLA NIÑO ROMERO**

**Trabajo de grado para optar al título de trabajadora social**

**Directora**

**ADRIANA VEGA MARTÍNEZ**

**Trabajadora Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA**

**2011**

***DEDICO ESTE LOGRO:***

*A la fuente de mi inspiración en mis momentos de angustias, esmero, dedicación, aciertos y reveses, alegrías y tristezas que caracterizaron el transitar por este camino que hoy veo realizado. Para tí, Elkin cuya presencia en mi existencia ratifican la suerte que he tenido de pertenecerle.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco en primer lugar al dador de la vida, por el soplo que permitió mi existencia.*

*A mis padres Edith y Pedro por la confianza, el apoyo, el amor y el respaldo ofrecido y depositado en mí.*

*A mi tía Hermencia quién me acompañó y motivo el inicio de este camino del conocimiento que hoy veo culminado.*

*A ti Elkin por el tiempo, el cariño, el apoyo, la confianza, las enseñanzas y la felicidad que estuvieron, están y estarán en la aventura que hemos de emprender juntos para realizar nuestros sueños.*

*A Hershey y Sandra por ser más que compañeras. Gracias mis amigas y ahora colegas por estar pendientes y presentes en el momento oportuno, con la palabra indicada y la disposición de motivarme y fortalecerme para sobrellevar los altibajos de este camino.*

*A la profesora Adriana Vega por su paciencia, orientación y dedicación en mi proceso de formación profesional.*

*Y todas aquellas personas que no mencione pero que contribuyeron y aportaron en la formación de la persona y profesional que soy hoy.*

**GRACIAS MIL GRACIAS A TODOS Y TODAS.**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN.....	15
1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD .....	18
1.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.....	22
1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER .....	26
1.2.1 Prevención.....	27
1.2.2 Promoción.....	28
1.3 NIVELES DE PREVENCIÓN.....	30
1.4 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO .....	33
2. LAS POLÍTICAS SOCIALES ALREDEDOR DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: UN BREVE ACERCAMIENTO .....	36
2.1 NORMATIVIDAD COLOMBIANA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO. ....	42
3. LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: GENERALIDADES INSTITUCIONALES.....	51
3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	55
3.2 TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.....	60
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR LA LSCC.....	62
4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA EN LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - LSCC.....	70
5. EVALUACIÓN .....	108
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	114
6.1 JUSTIFICACIÓN .....	114

6.2 OBJETIVO GENERAL.....	116
6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	116
6.4 PROCESO METODOLÓGICO .....	117
6.4.1 Fase 1: Acercamiento Institucional. ....	117
6.4.2 Fase 2: Diseño de la Estrategia a Implementar. ....	119
6.4.3 Fase 3: Informar y Educar en Salud. ....	120
6.4.4 Fase 4: Participación comunitaria. ....	122
7. CONCLUSIONES.....	123
8. RECOMENDACIONES .....	126
9. BIBLIOGRAFÍA.....	128

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los usuarios por género y edad.....	63
Tabla 2. Distribución de los usuarios por procedencia. ....	64
Tabla 3. Distribución de los usuarios de la LSCC de acuerdo al Régimen de Salud .....	66
Tabla 4. Estadísticas de Servicios 2010. LSCC.....	67
Tabla 5: Listado de Colegios e Instituciones Educativas Intervenidas.....	103

## LISTA DE CUADROS

Cuadro 1: Diferencias entre promoción y prevención. ....	28
Cuadro 2: Matriz DOFA de la LSCC. ....	72
Cuadro 3: Estrategias DOFA.....	81
Cuadro 4: Priorización de estrategias.....	82
Cuadro 5: Objetivo estratégico 1. ....	84
Cuadro 6: Objetivo estratégico 2. ....	94
Cuadro 7: Objetivo estratégico 3. ....	100
Cuadro 8: Fase 1 –Acercamiento Institucional.....	118
Cuadro 9: Fase 2 –Diseño de la Estrategia a Implementar. ....	119
Cuadro 10: Fase 3 –Informar y Educar en Salud.. ....	121
Cuadro 11: Fase 4 –Participación Comunitaria.....	122

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Historia natural del cáncer cervicouterino. ....	25
Figura 2: Historia natural de la enfermedad. Niveles de Prevención.....	32

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Encuesta de satisfacción a usuarios .....	133
ANEXO B: Encuesta para el público que asiste a la Liga .....	135
ANEXO C: Formato de quejas y reclamos.....	136
ANEXO D: Formato de Sugerencias.....	137

## RESUMEN

**TITULO:** INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER\*

**AUTOR:** EDITH PAOLA NIÑO ROMERO\*\*

**PALABRAS CLAVES:** salud, salud pública, promoción y prevención, educación en salud, cáncer cervicouterino

## CONTENIDO

El presente trabajo de grado referencia la experiencia profesional realizada en la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer en el marco de la práctica de formación en Trabajo Social, la cual se desarrolla con los equipos de trabajo y los usuarios, pertenecientes u asistentes a los programas y servicios institucionales, durante el segundo periodo académico de 2010; este informe pretende realizar un análisis crítico de los procesos educativos en salud implementados hasta el momento institucionalmente.

Los tópicos abordados, comprenden el marco epistemológico, teórico, e incluyeron los conceptos de salud y salud pública, partiendo de la perspectiva de la salud como producto social además se manejaron los determinantes de la salud bajo el modelo Lalonde, el proceso de salud enfermedad del cáncer cervicouterino y la conceptualización de la promoción y prevención, esto articulado a la normatividad internacional y nacional que regula la prevención del cáncer cervicouterino; seguido de una contextualización de la morbi-mortalidad por cáncer a nivel mundial; la descripción general de la organización y su estructura demográfica, así como la caracterización de la población sujeto de intervención; un diagnóstico desde el enfoque estratégico plasmado en un plan de acción que despliega tres estrategias ejecutadas para dar respuesta a la problemática social encontrada.

Finalmente se presenta la propuesta “Educación para la salud en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino” que surge como resultado de todo el proceso desarrollado, aprendizajes adquiridos y experiencias vividas en la práctica profesional y está orientada a prevenir la morbi-mortalidad por cáncer en el departamento de Santander.

---

\* Trabajo de grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social Directora, Adriana Vega Martínez

## SUMMARY

**TITLE:** PROFESSIONAL SOCIAL WORK INTERVENTION IN THE LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER\*.

**AUTHOR:** EDITH PAOLA NIÑO ROMERO\*\*

**KEY WORDS:** health, public health, promotion and disease prevention, health education, cervical cancer

## CONTENT

This reference work degree professional experience in the Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer as part of the practice of social work training, which is developed with teams and users, owned or attending programs and institutional services, during the second academic term of 2010, this report attempts a critical analysis of educational processes in health institutionalall yimplemented so far.

The Preset topics discussed, include the epistemological framework, theoretical, and included the concepts of health and public health from the perspective of health as a social product also were handled determinants of health under the Lalonde model, the health-disease process cervical cancer and the conceptualization of health promotion and prevention, this is linked to the international and national regulations governing the prevention of cervical cancer, followed by a contextualization of the morbidity and mortality from cancer worldwide, the general description of the organization and its demographic structure, and characterization of the target population for intervention, a diagnosis from the strategic approach embodied in an action plan that deploys three strategies implemented to address the social problems found.

Finally, we present the proposed "Health education for women at high risk of developing cervical cancer" that arises as a result of the process developed, acquired and learning experiences in professional practice and are aimed at preventing morbidity and mortality cancer in the department of Santander.

---

\* Graduation project

\*\* Human Science Faculty. School of social work. Directory Adriana Vega Martinez

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos inmemoriales es sabido que los conocimientos y las prácticas en relación con la salud de los individuos y de las comunidades, son de suma importancia para determinar su estado de salud. Es así como a través de los tiempos los gobiernos adoptan medidas y políticas para proteger la Salud Pública, como una de las acciones fundamentales para el fomento y la protección de la salud de la población.

Este cuidado y protección se realiza con la ayuda de la educación para la Salud, ya que es una herramienta de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad considerada como un eje fundamental de la Atención Integral en Salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las actividades de información y educación para la salud deben encaminarse: a “aumentar la capacidad de los individuos y comunidades para participar en la acción sanitaria y de la auto-responsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable.”<sup>1</sup> Por lo anterior el objetivo principal de procesos de formación en salud para la promoción de hábitos saludables, deben estar dirigidos a diferentes grupos poblacionales donde los jóvenes son actores principales, debido a que está es una de las medidas que más y mejor pueden contribuir a la esperanza y calidad de vida de la población.

Teniendo en cuenta la importancia de la promoción de la salud en general y la de la educación para la salud en particular, se hace preciso impulsar la educación para la salud a su máximo nivel con relación al cáncer debido a que es reconocido como un problema de salud pública en Colombia. Esto se debe al cambio de hábitos o estilos de vida de nuestra sociedad en los últimos años, la cual está cada vez más expuesta a factores de riesgo cancerígenos, sumado

---

<sup>1</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Educación para la Salud. 1982. p. 32

a un envejecimiento acelerado de la población, hechos que han contribuido a aumentar el número de casos de personas que padecen esta patología y han generado la necesidad desde los gobiernos y estamentos internacionales de proporcionar políticas públicas y sociales a las instituciones prestadoras de servicios de salud para que aborden y manejen de una forma integral esta enfermedad, teniendo en cuenta la parte médica y social de tal manera que se generen resultados de mayor impacto en la salud de los individuos y de las comunidades.

El presente trabajo de grado está basado en un análisis de la práctica en salud de trabajo social en la LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (LSCC) durante el segundo semestre del año 2010, donde se interviene a través del departamento de Trabajo Social de la Institución. El lector podrá encontrar cinco capítulos, el primero de ellos hace una referencia a un marco teórico que orienta el ejercicio realizado, profundizando en la definición de salud, salud pública, los determinantes de la salud y el proceso salud-enfermedad del cáncer apartados teóricos y conceptuales que fundamentaron la experiencia llevada a cabo.

En el siguiente capítulo se encuentra la contextualización en la cual está inserta e inmersa la experiencia como tal, tratando temas como: datos y cifras estadísticas a nivel epidemiológico de morbi-mortalidad por cáncer en Colombia; políticas sociales, pactos y normas tanto internacionales como nacionales que abordan la prevención del cáncer en cuya área trabaja la LSCC.

En el tercer capítulo se hace una descripción de la institución partiendo de una corta introducción histórica, seguido de aspectos generales de interés para el conocimiento institucional; así mismo se expone la plataforma estratégica la cual está compuesta de objetivos, misión, visión, valores corporativos y política de calidad cuyos aspectos revelan el desarrollo y crecimiento organizacional

con fines a la satisfacción del usuario a través de ofrecer un alto valor agregado en la prestación de los servicios. Para finalizar este apartado del trabajo se complementa con el rol del trabajador social en la institución y la descripción de la población sujeto de intervención atendida actualmente.

Siguiendo el orden, en el capítulo cuarto se presenta la caracterización y el proceso de intervención profesional realizado que se basó en el modelo de planeación estratégica puesto que permite un análisis integral de la realidad. Se parte de un diagnóstico inicial que da los fundamentos para el desarrollo de la planeación operativa. Esta se fundamenta en dos pilares de acción para el cumplimiento del objetivo profesional de intervención: el primero está relacionado con los procesos de calidad que está realizando la institución, en el cuál se contribuye, fortalece y apoya desde lo social con el diseño e implementación del Sistema de Auditoria para la calidad en salud que tiene como pilar fundamental el paciente, buscando desde este eje de intervención la implementación del Sistema de Información y Atención al Usuario; el segundo pilar contempla el apoyo a las actividades o funciones propias de trabajo social en la LSCC, además en este aparte se recopila toda la información relacionada con el proceso de ejecución que da cuenta de las diferentes acciones realizadas y los logros alcanzados.

Finalmente se plantea una propuesta de trabajo fundamentada en una estrategia para la educación para la salud en mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino con el propósito de prevenir el cáncer y disminuir los índices de mortalidad por esta causa, considerada la primera para el caso de este segmento poblacional en Colombia.

## 1. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD

La salud y la enfermedad son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y siempre influidas por variables sociales, culturales, económicas y políticas del momento.

“La salud tanto como la enfermedad son fenómenos individuales y colectivos. Son el producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos sociales y culturales, que se dan en una sociedad en un determinado momento histórico”.<sup>2</sup> Los diferentes colectivos sociales participan de la producción social y de la distribución de lo que se produce. Esto determina sus condiciones laborales, su acceso a la cultura, a la educación formal, etc. Pero, además, su ubicación geográfica lo relaciona con condiciones físicas como el clima, la riqueza del suelo y los recursos naturales disponibles, hechos que influyen en su nivel de bienestar.

La salud como producto social es resultante de la interacción de determinantes sociales, culturales, institucionales, de los cuidados individuales y colectivos y de las políticas del Estado; por lo tanto, es imprescindible el análisis de estos determinantes, lo cual ofrece ventajas a saber: en primer lugar, permite comprender la distribución desigual de la salud y la enfermedad en los diferentes colectivos sociales, aspecto muy importante en la orientación de las acciones en salud, y en segundo lugar, identifica, a los sectores sociales y a los actores que tienen responsabilidades en la atención de los problemas de salud y en su fomento.

---

<sup>2</sup>ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Definición Salud. 1999.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define salud “como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>3</sup> por lo que la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Para este proceso de intervención en Trabajo Social profesional, la salud será entendida a la luz de las definiciones explícitas de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) ya mencionadas al igual que el concepto especificado en la Carta de Ottawa que puntualiza que “la Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.”<sup>4</sup>

Un elemento común en todas las definiciones de salud es que el estado de vigor de una persona o de una población en un momento dado es el resultado de la acción de distintos factores en momentos diferentes que dan como resultado el bienestar y las condiciones en lo relacionado a la calidad de vida.

En este contexto Marc Lalonde manifiesta que la salud es el resultante de la interacción de distintos factores que se interrelacionan con el individuo que denominó determinantes de la salud, que son un conjunto de condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades. Según el reporte de Lalonde, del año 1974 realizado en Canadá condensado en el documento “Una Nueva perspectiva de la salud de los canadienses”, este autor sugiere que existen cuatro determinantes generales que influyen en la salud, a

---

<sup>3</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. Definición Salud. 1946.

<sup>4</sup> CARTA DE OTTAWA. Canadá. Noviembre de 1986.

los cuales denominó, “biología humana”, “ambiente”, “Forma de vida” y la “organización del cuidado de la salud”, por lo cual el nivel de salud de una comunidad viene determinado por estas cuatro variables cuyo alcance es el siguiente:

- “Biología humana: está relacionado con la genética, la herencia, la maduración y envejecimiento del ser humano.
- Medio ambiente: incluye los factores por los cuales está rodeado y en los que está inmerso el ser humano, es decir elementos relacionados con la contaminación biológica como los virus, las bacterias y los microorganismos, la contaminación atmosférica que contempla el ruido, las radiaciones y vibraciones a las cuales se está expuesto, la contaminación química producida por elementos como el óxido de azufre, los plaguicidas, fertilizantes entre otros y finalmente la contaminación psico-social y socio-cultural que se identifica con el estrés.
- Estilo de vida: ciertas conductas insanas ya sean personales u ocupacionales como: sedentarismo, el consumo de drogas, el consumo de alimentos ricos en grasas y en hidratos de carbono entre otros factores
- Sistema de asistencia sanitaria: esto está relacionado con la provisión de los servicios de salud o la forma en cómo la sociedad se organiza para atender las necesidades en salud, basándose en tres factores fundamentales: la calidad, la cobertura y la gratuidad o la asequibilidad de los mismos”<sup>5</sup>.

Los factores descritos son modificables, al menos teóricamente, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. En este escenario, es pertinente referenciar que la salud pública es el conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, para mejorar la salud de las poblaciones, puesto que la salud y la salud pública son el resultado de la

---

<sup>5</sup> MARQUÉS, Fernando. Marco Teórico de la promoción y la educación para la salud. [PDF] [En línea] 2007 [citado: Marzo 15 de 2011] Disponible en Internet: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fixters/unidad1.pdf>

interacción de elementos internos y externos. Winslow define y desarrolla el concepto de salud pública en los siguientes términos:

*“es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud.”<sup>6</sup>*

Es importante señalar que en los estudios de Lalonde se representó gráficamente, mediante diagrama de sectores circulares, la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública.

En un principio los que tenían mayor importancia eran el medio ambiente y el estilo de vida. Existía una imprecisión a la hora de definir que tenía mayor importancia y cual ocupaba mayor lugar. Posteriormente se concluye que el que tiene mayor importancia es el sistema de asistencia sanitaria. Se demostró que las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos ocasionaban al sistema un elevado coste económico. Como consecuencia de todo ello, hubo un cambio de pensamiento iniciado en Canadá, luego en EEUU y posteriormente en Europa, que condujo un cambio de prioridades de salud pública, derivándose un porcentaje elevado de recursos hacia la prevención y educación sanitaria.

---

<sup>6</sup>EPICENTRO. Salud Pública ¿Qué es? ¿Qué hace? [En línea]. [citado: Febrero 17 de 2011]. Disponible en Internet:<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>.

Teniendo en cuenta los determinantes de la salud es de prioridad entender el proceso Salud-enfermedad, dado que desde el mismo se evidencian los diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio. Estos elementos adaptativos influirán como factores positivos o de riesgo de enfermarse, como por ejemplo la contaminación y el sedentarismo son directamente dependientes de los hábitos y costumbres que tengan tanto las personas como las comunidades determinando el estado de salud de los mismos.

## **1.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL CÁNCER CERVICOUTERINO**

Hoy se ha establecido la múltiple causalidad en el desarrollo de cualquier tipo de cáncer. Se conocen los agentes infecciosos implicados en los diferentes tipos de cáncer (el virus Papiloma Humano VPH, de interés en este proyecto) y la importancia del adecuado funcionamiento de las redes de comunicación entre los sistemas internos (inmune, nervioso y endocrino); es decir la forma como los estados de ánimo pueden afectar positiva o negativamente el adecuado funcionamiento de los sistemas de defensa para la vigilancia y la posibilidad de destrucción de las células con transformación cancerosa. “Los factores del ambiente externo se valoran a través de asociaciones epidemiológicas que definen la importancia de la alimentación y del contacto con sustancias tóxicas como el cigarrillo, el alcohol y los contaminantes ambientales en la iniciación o promoción de los cambios celulares que llevan a la producción del cáncer, puesto que alteran los mecanismos de corrección y reparación de los daños del material genético (mutaciones, alteraciones, transmutaciones)”<sup>7</sup>. Teniendo en cuenta estas generalidades del desarrollo del

---

<sup>7</sup> MAHECHA VILLALOBOS, José Wilder. Cáncer de Cuello Uterino: Hacia una historia social de la enfermedad. [PDF] [En línea] Universidad de Caldas, Manizales [citado: Junio 14 de 2011]

cáncer en general, es preciso afirmar que es una enfermedad prevenible debido al avance en el estudio de la misma y de interés en este proyecto el cáncer de cuello uterino.

“El cáncer cérvico-uterino es una enfermedad neoplásica maligna que se origina en el cérvix uterino y su progresión natural conlleva a la muerte de la persona que lo padece. El cérvix uterino es una zona donde con frecuencia se desarrollan cambios que evolucionan a la malignidad, su gran accesibilidad en términos de diagnóstico y tratamiento lo ha llevado a ser considerado de gran importancia en la patología gineco-obstétrica, en lo que a estudio celular y tisular se refiere, ya que permite una revisión directa y exhaustiva, lo que ha favorecido una intensa investigación de la naturaleza de las lesiones malignas que en él se generan y en base a ello se han hecho grandes avances en el estudio citológico del cérvix.”<sup>8</sup> La causa del cáncer cérvico-uterino es desconocida, pero su desarrollo parece estar relacionado con agresiones y lesiones múltiples. Los factores de riesgo descritos en los diferentes estudios realizados a nivel mundial son:

- Ser mayor de 25 años.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 19 años).
- Promiscuidad de la pareja.
- Multiparidad (más de 4 partos).
- Embarazo temprano (antes de los 18 años).
- Infección cervical por virus del papiloma humano (VPH).
- Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
- Tabaquismo.

---

Disponible en Internet:  
<http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/Vol%207/CANCER%20DE%20CUELLO%20UTERINO.pdf>

<sup>8</sup> PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Manual de Procedimientos para el Diagnóstico en Citología Cérvico Uterina. Lima, 2005. [En línea] [citado: Junio 14 de 2011] Disponible en Internet: <http://es.scribd.com/doc/2029271/MANUAL-DE-CITOLOGIA-CERVICO-UTERINA>

- Nunca haberse practicado estudio citológico.

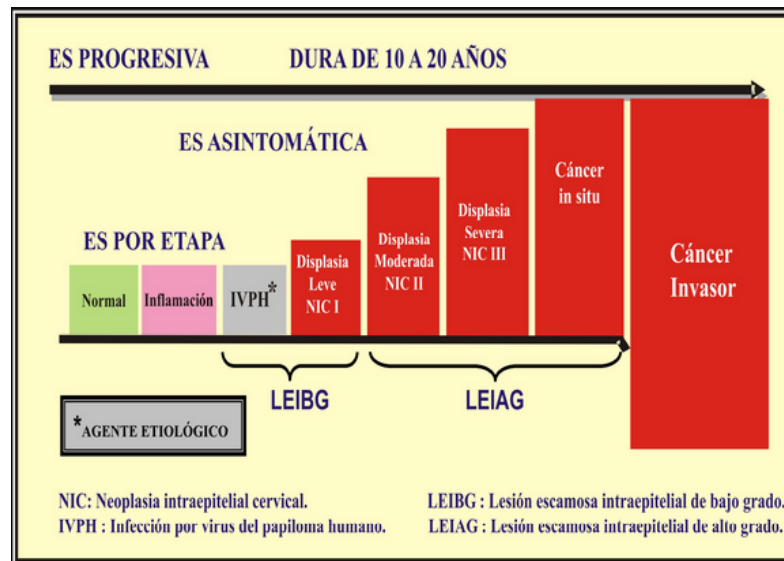
La mayoría de estos factores están relacionados primordialmente con un bajo nivel socioeconómico y cultural, aunados a factores infecciosos locales. Relacionado con lo anterior el modelo actual de la historia natural del cáncer de cuello uterino considera una infección viral como primer evento (virus del papiloma humano – VPH), seguida por la aparición de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG), y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIA) las cuales incluyen a la displasia moderada, displasia severa y el carcinoma in situ. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado que incluyen al condiloma (VPH) y la displasia leve, tienen bajo potencial de progresión hacia cáncer.

El conocimiento sólido de la historia natural del cáncer cérvico uterino, le permite al clínico realizar un mejor abordaje tanto en su diagnóstico como en su tratamiento; lo que garantiza la **prevención de manera efectiva**.

La historia natural del cáncer cérvico uterino inicia cuando la mujer adquiere el VPH durante la relación sexual. La infección por VPH se desarrolla con mayor facilidad cuando existe algún cofactor (factor de riesgo), principalmente cuando el sistema inmunológico se encuentra deteriorado. El VPH ocasiona daños en el epitelio del cérvix originando lesiones precursoras que pueden evolucionar si no se corrigen hasta el cáncer invasor.

Las **lesiones precursoras** del cáncer cérvico uterino constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias, las cuales se desarrollan por etapas y en forma progresiva, aunque hay reportes de que algunas de estas etapas pueden tener regresión espontánea. Es de tomar en cuenta que los cambios celulares en estas fases son malignos, razón por la cual se deben tratar oportunamente. A continuación se describen las **lesiones precursoras**: (ver figura 1).

Figura 1: Historia natural del cáncer cervicouterino.



Fuente: Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Prevención del cáncer cervicouterino. Ficha descriptiva, 2006.

El desarrollo de la historia natural del cáncer cérvico uterino, es lenta. Deben transcurrir muchos años (10 a 20 años), desde que se adquiere el VPH hasta la etapa de cáncer invasor.

Durante el desarrollo de la historia natural del cáncer cérvico uterino, la mujer habitualmente no presenta síntoma de alerta, representando una desventaja. Excepto en algunos casos, en etapa avanzada, puede haber dolor cuando el tumor se ha extendido a órganos vecinos como vejiga o intestino. También, puede haber hemorragia uterina por ruptura de vasos sanguíneos secundaria a la invasión tumoral y secreción vaginal de mal olor por el desarrollo de tejido necrótico.

Según la figura 1, se evidencia que el cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se

propague, en esta medida se hace importante realizar la toma de la citología cérvico-uterino, según esquema 1-1-3, adoptado por la Resolución 412 de 2000 del Ministerio de Protección Social.<sup>9</sup> Esto significa que si el resultado de la primera citología es normal se realizará una segunda citología al año siguiente, con el objeto de eliminar los posibles falsos negativos; si la segunda citología es normal, se debe citar a la mujer para otra citología de control en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe siendo negativa. En los casos que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-3.<sup>10</sup>

## 1.2 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER

El cáncer es una enfermedad prevenible en muchos aspectos y, en un alto porcentaje de los casos, desde antes de su ocurrencia y también, en parte, sus impactos negativos una vez que se haya desarrollado. Por tanto, existen diversas estrategias que pueden mitigar, impedir o disminuir la probabilidad de aparición de un cáncer o detectarlo precozmente, evitando así su progresión.

El avance que se ha dado en los últimos años en la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud desde las diferentes instancias de la salud, hace que éstas vayan alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento importante del cambio; por lo tanto se trata de promover opciones de vida sana entre las personas, en situación de normalidad de crecimiento y desarrollo, y no solamente de prevenir daños a la salud de las personas con riesgo de padecer cáncer.

---

<sup>9</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 412 de 2000, Norma técnica de detección temprana de cáncer cervico-uterino.

<sup>10</sup> LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Manual de Citología: Mayo, 2005. 19 p.

**1.2.1 Prevención:** Permite la neutralización de los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control, viables y eficaces. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población.

La prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de la **Atención Primaria**<sup>11</sup>. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

Es la acción que normalmente emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a **factores de riesgo**<sup>12</sup> identificables que suelen ser, con frecuencia, asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

La prevención es sobre todo, definida como la protección contra los riesgos, las amenazas del ambiente, lo que significa, inevitablemente la acción mancomunada de las Instituciones de Salud, de las comunidades, y de las personas que más que integrarlas las instituyen. En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS (organización Mundial de la Salud) se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar "a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla...para alcanzar un estado

---

<sup>11</sup>La Declaración de Alma-Ata definió la atención primaria de salud como un conjunto de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y los determinantes fundamentales de la salud. Tomado de: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

<sup>12</sup>Se denomina factor de riesgo a ciertas variables asociadas con la probabilidad del desarrollo de una enfermedad, pero que no son suficientes para provocarlas. Tomado de: REDONDO ESCALANTE, Patricia. Prevención de la Enfermedad.

adecuado de bienestar físico, mental y social, ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente".<sup>13</sup>

**1.2.2 Promoción:** Por el contrario, comienza con gente básicamente sana y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan.

Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención se define como una actividad distinta a la promoción de la salud<sup>14</sup>, y su principal diferencia radica en su enfoque: la promoción trabaja con población sana, la prevención con población enferma o en riesgo de enfermar.<sup>15</sup>

Cuadro 1: Diferencias entre promoción y prevención.

PROMOCIÓN	PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su propia salud.</li> <li>• Enfoque poblacional.</li> <li>• Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades.</li> <li>• Requiere de buenas estructurales sociales de base.</li> <li>• Gran potencial de mejorar indicadores de salud.</li> <li>• Más efectivo entre a más temprano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción que emana del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuesto a factores de riesgo.</li> <li>• Enfoque de riesgo.</li> <li>• Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad.</li> <li>• Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades.</li> <li>• Identificación de causas modificables de la enfermedad.</li> <li>• Más efectivo cuanto más temprano</li> </ul>

<sup>13</sup>ZAS ROS, Barbara. La prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales.[En línea] 1996 [citado: Junio 08 de 2011] Disponible en Internet:<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>

<sup>14</sup>ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1998.

<sup>15</sup>REDONDO ESCALANTE, Patricia. Prevención de la Enfermedad. [PDF] [En línea] 2004 [Citado: Marzo 9 de 2011] Disponible en Internet: <http://www.cendeiiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>

PROMOCIÓN	PREVENCIÓN
<p>se inicie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas destinadas modificar actitudes, conductas y comportamientos.</li> <li>• Percepción individual del beneficio es poca.</li> </ul>	<p>se frene el curso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad (reducción de factores de riesgo) y también a detener su avance y atenuar sus consecuencias.</li> <li>• Alta motivación del tratante y el tratado.</li> </ul>

Fuente: Patricia Redondo. Prevención de la enfermedad. 2004.

Existen diferencias claras entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin embargo, en algunos aspectos, el enfoque de la prevención primaria presenta similitud con el enfoque de la promoción. Las dos, pueden compartir instrumentos y niveles de intervención. Sin embargo, la población objetivo y las acciones a desarrollar son diferentes.

Es claro que la prevención incide en los grupos e individuos en riesgo de adquirir una enfermedad específica, mientras que la promoción de la salud busca incidir sobre los determinantes favorables para la salud de los grupos poblacionales y de la sociedad en general. Estos son aspectos que están detallados en el cuadro 1 sobre diferencias entre promoción y prevención.

Toda estrategia de intervención, para que sea integral debe ser una combinación, en mayor o menor medida, de los tres tipos de acciones. Las acciones en salud son de tres tipos: de promoción, de prevención y de curación y rehabilitación.

Seguido y acompañado de las estrategias de promoción y prevención anteriormente descritas es importante aclarar que son procesos que tienen como herramienta fundamental la educación para la salud puesto que la estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así

responsabilidades sobre ella. Tanto la comunidad como los individuos deben tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas deben resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tienen derecho a exigir a otros niveles. Esta toma de conciencia no surge espontáneamente en las personas; debe propiciarse a través de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más los afectan. Por lo tanto, la misión de “Educación para la Salud es crear estos espacios y convertirse en instrumento imprescindible para el desarrollo de estilos de vida saludables incorporando conductas favorables a su salud”.<sup>16</sup>

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.<sup>17</sup>

### 1.3 NIVELES DE PREVENCIÓN

Los distintos niveles de actuación preventiva están en íntima relación con las fases de la historia natural de la enfermedad. Por lo tanto, existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria.

Los niveles de prevención definen el momento de la historia natural de la enfermedad en que el terapeuta y el mismo paciente intervienen para modificarla en sentido favorable.

---

<sup>16</sup>REDONDO ESCALANTE, Patricia. Educación para la Salud. [PDF] [En línea] 2004 [Citado: Abril 06 de 2011] Disponible en Internet: <http://es.scribd.com/doc/30485335/Educacion-para-la-salud-conceptos-enfoques>

<sup>17</sup>Ibíd. , p. 24.

**PRIMARIA:** Es el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad. Se actúa durante el periodo prepatogénico, modificando los factores de riesgo (cambios en la dieta, prescripción de ejercicio, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, etc.) o previniendo la acción del agente etiológico (inmunizaciones, potabilización del agua, etc.). Se puede dividir a estas acciones en dos clases: promoción de la salud (acciones sobre el individuo) y protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente).<sup>18</sup>

La OMS define la prevención primaria como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.<sup>19</sup>

**SECUNDARIA:** Consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase presintomática. Son fundamentalmente las llamadas pruebas de rastreo o screening. Permiten la llamada detección precoz, que con frecuencia pero no siempre va acompañada de menor morbimortalidad si se realiza el tratamiento precoz (en ambos casos “precoz” se refiere a diagnóstico y tratamiento durante esta fase presintomática).<sup>20</sup>

La OMS define la prevención secundaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y duración de la enfermedad.<sup>21</sup>

**TERCIARIA:** Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda,

---

<sup>18</sup>Ibíd., p. 25.

<sup>19</sup> BATITSTELLA, Gabriel. Salud y Enfermedad. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Niveles de Prevención en Salud. [En línea]. [citado Marzo 09 de 2011]. Disponible en Internet:<http://es.scribd.com/doc/5057353/El-proceso-salud-enfermedad>

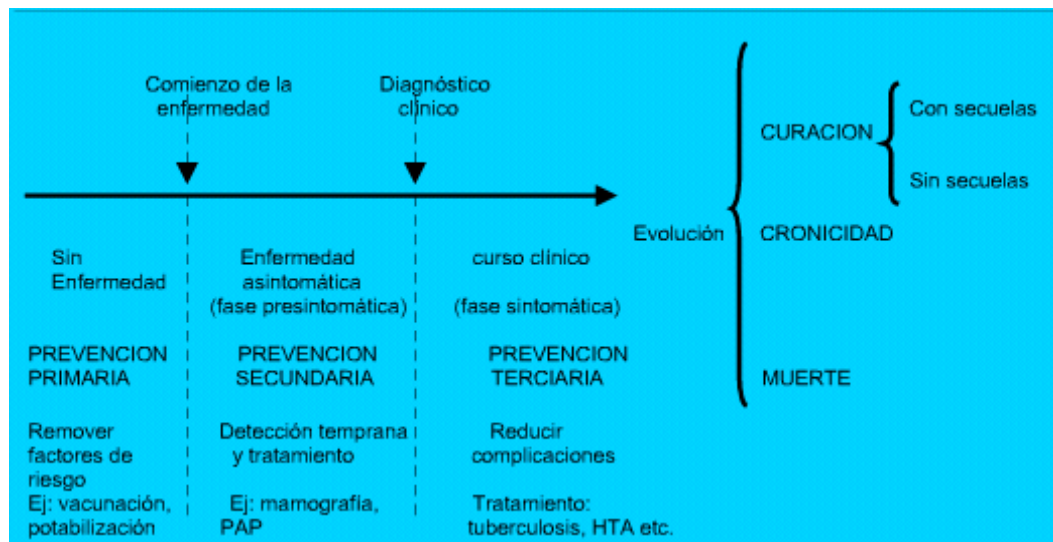
<sup>20</sup>Ibíd., p. 24.

<sup>21</sup> REDONDO ESCALANTE, Patricia, op. Cit., p. 24

crónica, o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo el progreso de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.<sup>22</sup>

La OMS define la prevención terciaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad.<sup>23</sup>

Figura 2: Historia natural de la enfermedad. Niveles de Prevención.



Fuente: Salud y Enfermedad. Gabriel Battistella, 2002.

En la Figura 2 se observan los distintos niveles de actuación preventiva y su íntima relación con las fases de la historia natural de la enfermedad, verificándose la existencia de los tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad: primaria, secundaria y terciaria tal como se ha mencionado con relación al objetivo y las acciones a desarrollar en cada nivel.

<sup>22</sup>Ibíd., p. 26.

<sup>23</sup>Ibíd., p. 25.

#### **1.4 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO**

El cáncer es una enfermedad que durante muchos siglos fue equivalente a la muerte. La peor noticia que alguien podía recibir del médico era: "lo siento mucho, pero usted tiene cáncer". Había que prepararse para morir sin remedio. Por fortuna el panorama ha cambiado. La ciencia y la medicina pasaron de la impotencia implícita en la antigua sentencia: "no hay nada que hacer", a una lucha frontal, decidida y sin tregua contra este mal. El conocimiento de los distintos tipos y comportamientos del cáncer, la creación de una vacuna para la prevención del cáncer cérvico uterino y la cura, el desarrollo de métodos de detección temprana a través del Papanicolaou y la constante evolución de los tratamientos médicos y quirúrgicos acompañado de la educación en salud han transformado una enfermedad inevitablemente y fatal, en algo que puede ser manejable y en algunos casos resuelto.

En este contexto se define la Educación para la Salud, como el proceso que busca desarrollar en todas las esferas del ser humano sus capacidades cognitivas, actitudinales y de destrezas partiendo de su individualidad y potencialidades, para que aprenda a amarse a sí mismo, a los demás, al saber y aportar a la sociedad lo mejor de sí.

La Educación para la Salud en la prevención del cáncer, es un proceso permanente a través del cual el ser humano apropia e interioriza conocimientos e información que le permiten asumir una posición crítica y reflexiva sobre la realidad a fin de promover cambios; implica un diálogo cultural, a través del cual se intercambian la cultura del educando y del educador expresada en su historia, su lenguaje, su simbolización del mundo, sus formas de trabajo y sus procesos interactivos, con el objeto de construir nuevos conocimientos sobre la

realidad. Busca la negociación de saberes entre los sujetos involucrados en un proceso de desarrollo.<sup>24</sup>

En lo referente a Educación para la Salud, es fundamental partir de la existencia de unas creencias culturales y de unas prácticas de autocuidado que realizan los seres humanos como forma de expresión y de vida particular y que los hace diferentes; en la medida en que se comprendan estas formas de autocuidado se podrán desarrollar procesos educativos encaminados a promover cambios y a incidir sobre la problemática de salud que presenta la población.

Teniendo en cuenta lo anterior mencionado, es de interés en este proceso de intervención profesional en la Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer, el uso de uno de los pilares fundamentales para la salud pública como es la educación para la salud en la prevención del cáncer cérvico uterino, cuya enfermedad es considerada la segunda causa para el caso de las mujeres en Colombia; puesto que a pesar de los avances en materia de investigación y tratamiento, la dolencia aún plantea un grave problema sanitario, haciéndose necesario este proceso de educación, con el fin de salvar vidas y mejorar la calidad de vida de los supervivientes.

Además es de reconocer que otro de los factores que inciden en la reproducción del cáncer, es la falta de conocimiento de este padecimiento, la alta prevalencia y mortalidad tanto en Colombia como a nivel mundial; justificando aún más las actividades de promoción, mitigación y reducción de los factores de riesgo a través de la educación, complementados con procesos de detección precoz y el tratamiento del cáncer, qué también son

---

<sup>24</sup>GARCÍA OSPINA, Consuelo. Algunas Reflexiones sobre la educación para la salud. PDF.[En línea] [Citado: Marzo 09 de 2011] Disponible en Internet:[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206\\_3.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf)

fundamentales en los programas de tamizaje eficaces implementados y evaluados.

## 2. LAS POLÍTICAS SOCIALES ALREDEDOR DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO: UN BREVE ACERCAMIENTO

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementa alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020.<sup>25</sup>

El cáncer cervical ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes en el mundo y es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de países en desarrollo. De acuerdo a la última compilación de datos mundiales, cada año se producen en el mundo alrededor de 466.000 nuevos casos, y cerca del 80 por ciento de ellos ocurre en el mundo en desarrollo. Las tasas más altas son las de Melanesia, África del Sur, África Oriental, y América Central. Una razón importante que explica la alta incidencia de este cáncer en los países en desarrollo es la falta de programas eficaces enfocados a pesquisar condiciones precancerosas y tratarlas antes de que evolucionen en un cáncer invasor. En comparación con lo que ocurre en los países desarrollados, son muy pocas las mujeres de las comunidades en desarrollo las que tienen acceso a exámenes para detectar lesiones cervicales precancerosas.<sup>26</sup>

A nivel nacional el cáncer en general se constituye en la primera causa de mortalidad en el país y es seguida por las enfermedades cardiovasculares, así lo establecen las estadísticas de la Liga Colombiana Contra el Cáncer.

---

<sup>25</sup>PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. Perú. MARZO 2007 [En línea] [Citado: Marzo 27 de 2011] Disponible en Internet: [http://www.minsa.gob.pe/diresamoquegua/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.minsa.gob.pe/diresamoquegua/comuni/P_CANCER.pdf)

<sup>26</sup>Organización Mundial de la Salud. Febrero 2011.

Las cifras reportadas en la literatura por Zambrano (Acta Médica Colombiana, 2002) y Piñeros (Salud Pública de México, 2006) coinciden en que en Colombia, las principales causas de mortalidad por cáncer corresponden a cáncer de estómago, próstata y pulmón entre los hombres y al de útero (cérvix y endometrio), estómago y seno entre las mujeres. Esta distribución contrasta con la de países desarrollados, en donde el cáncer de cervix tiene una incidencia mucho menor debido al uso masivo de normas de prevención como la citología vaginal y controles médicos rutinarios, esperándose que con la incorporación de programas de vacunación masiva contra el virus del papiloma humano, identificado como agente causal de esta enfermedad, la incidencia disminuya aún más. Este simple análisis nos debe entusiasmar para fortalecer mucho más las campañas preventivas que en la actualidad desarrolla la Liga de Lucha contra el Cáncer, el Instituto Nacional de Cancerología y los diferentes medios de comunicación, con figuras públicas de reconocimiento nacional. “Pese a que las estadísticas reportadas por la Liga de Lucha contra el Cáncer demuestran el gran valor de estas campañas ya que este esfuerzo sigue siendo un excelente punto de partida, aún no logramos modificar en Colombia la incidencia de esta malignidad”.<sup>27</sup>

Entre la población femenina, el cáncer de mama es el más frecuente. Según las estadísticas de la Liga Colombiana Contra el Cáncer, en el país se registra un promedio de 3 mil nuevos casos anuales. Las mujeres más afectadas son las que se encuentran entre los 45 y los 54 años de edad, que representan el 31% de los nuevos casos. Un 25% se trata de mujeres entre los 14 y los 44 años de edad. Además, en ciudades como Bogotá es la primera causa de muerte en mujeres de 45 a 59 años. En la capital, el cáncer de seno causa la muerte a por lo menos 440 mujeres. De otro lado, el cáncer de útero, según los datos de la

---

<sup>27</sup> CAMACHO, Luis Hernando. EDITORIAL LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER EN COLOMBIA. EN: \_\_\_\_\_ Revista Med. vol.16 No.2 [en línea] Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-52562008000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-52562008000200002&script=sci_arttext). Bogotá July/Dec. 2008. ISSN 0121-5256.

Liga Colombiana Contra el Cáncer, de cada cien mujeres más de dos desarrollarían este cáncer antes de superar los 65 años de edad. Además, al año se registrarían cerca de 6 mil nuevos casos. Para el caso de los hombres, el cáncer de próstata sería el más común en el género masculino, seguido del de estómago y pulmón. Según la Liga Colombiana Contra el Cáncer, en promedio mueren cerca de 3 mil hombres anualmente y se registran, en promedio, unos 6 mil nuevos casos.

Es así que dentro de los principales textos, normas y pactos nacionales como internacionales que tratan u aborda la prevención del cáncer de cuello uterino presentan una serie de similitudes entre ellos con relación a una tendencia o una línea de planteamientos específicos que comparten entre los mismos debido al contexto en que se desarrolla la problemática; dentro de las semejanzas planteadas se encuentran, la búsqueda del mejoramiento y contribución en la calidad de vida de las mujeres, la promoción en la detección temprana, el seguimiento y control de los casos dudosos o positivos relacionados con el cáncer de cuello uterino; es de resaltar que estas normas y pactos dan mayor prioridad en su mayoría a los programas de educación para la salud enfocados a la modificación de comportamientos, fortalecimiento de factores protectores y el fomento del autocuidado con el fin de generar bienestar e incidir en la disminución de las cifras e índices de un problema de salud pública como lo es el cáncer en el género femenino a nivel mundial.

Al igual estos planteamientos normativos u de orientaciones esbozadas en los sistemas de salud nacionales e internacionales pretenden abordar una serie de aspectos fundamentales en la prevención del cáncer de cuello uterino, definiendo como base: la cobertura, la calidad de los servicios de educación, tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimientos fiables y asequibles para la eficiencia de los programas de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad implementados o a implementar en los servicios de salud.

A continuación se hará mención de la normatividad, tratados y pactos que incluyen la prevención del cáncer de cuello uterino; se abordará inicialmente desde un nivel general para terminar en lo específico en este caso Colombia y su Sistema General de Seguridad Social.

Los objetivos de desarrollo del milenio envuelven las aspiraciones de desarrollo del mundo en su conjunto. “Además de ser objetivos de desarrollo, representan la responsabilidad frente a las generaciones futuras, así como derechos universalmente aceptados como el derecho a la educación y el derecho a la salud”.<sup>28</sup>

Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio se basan en acuerdos concertados en conferencias de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990 y fueron adoptados por 189 países mediante la suscripción de la declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Tres de los ocho objetivos, ocho de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores se relacionan directamente con la salud. El control del cáncer se encuentra enmarcado en el objetivo 5: Mejoramiento de la Salud Sexual y Reproductiva. Una de las metas específicas es reducir entre 1990 y el 2015 la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5,5 muertes por 100.000 mujeres. La estrategia definida para lograr este objetivo es incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico-uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.

---

<sup>28</sup>República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. Bogotá: Imprenta Nacional, 2005.

El compromiso del país “Colombia” con los Objetivos de Desarrollo del Milenio no circunscribe su accionar en materia de política social a dichos objetivos. Por el contrario la estrategia en este campo es mucho más amplia, abarca objetivos y metas fundamentales en programas sociales de gran impacto y ha mostrado resultados muy favorables en la construcción y conservación del capital humano, particularmente focalizando la inversión en aquellos grupos poblacionales pobres y vulnerables. En materia de seguridad social en salud, el Gobierno ha centrado sus esfuerzos en fortalecer los mecanismos dirigidos a ampliar y mantener la cobertura de afiliación de la población. Esta estrategia es fundamental en el objetivo de brindar protección financiera y posibilitar el acceso y la utilización de los servicios de salud para toda la población. De esta manera, la consecución de logros en cada una de los objetivos planteados, encuentra en la seguridad social en salud, su principal medio para lograrlo.<sup>29</sup>

En otras instancias la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han diseñado una serie de planes que permiten ser de referencia para su implementación en las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o en los programas de promoción y prevención a nivel mundial con el fin de permitir a las comunidades y organizaciones asociadas reducir el impacto de los factores de riesgo de cáncer y fortalecer los factores protectores del mismo.

En el conjunto de los planes y estrategias planteados por la OMS y OPS se encuentran: La Estrategia y el Plan de Acción Regionales para la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino que procuran abordar la elevada carga de morbilidad y los efectos limitados de los programas de tamizaje actuales en los entornos donde son escasos los recursos. Este documento muestra que existen métodos eficaces en función del costo para la prevención y el control integral del cáncer cervicouterino, que incluyen un conjunto completo de servicios: de

---

<sup>29</sup>Ibíd., p. 32.

educación sanitaria, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento y, según la asequibilidad, la sostenibilidad y la preparación del país, la vacunación contra el virus del papiloma humano. Se requiere un enfoque integrado de la prevención del cáncer cervicouterino en los programas existentes de salud de los adolescentes, salud sexual y reproductiva, inmunización y control del cáncer cervicouterino.<sup>30</sup>

Además se referencia el Plan integral de acción para prevención del cáncer de cuello uterino y los Programas Nacionales de Control del Cáncer; estos son planteamientos a nivel de las naciones para la prevención y el control del cáncer asimismo son planes y programas de salud pública encaminados a reducir los factores de riesgo, la incidencia y la mortalidad de los tumores malignos y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en un país o estado particular, mediante la aplicación sistemática y equitativa de estrategias basadas en datos para la prevención, la detección temprana, el tratamiento y la paliación, haciendo el mejor uso posible de los recursos disponibles.<sup>31</sup>

### **COMPROMISOS DE COLOMBIA CON LA COMUNIDAD INTERNACIONAL.**

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SRR) recoge los compromisos adquiridos por Colombia en los instrumentos internacionales de derechos humanos<sup>32</sup> y en las Conferencias Mundiales convocadas por la Organización de las Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

<sup>30</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia y Plan de Acción Regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. 48.o CONSEJO DIRECTIVO, 60.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008

<sup>31</sup> Organización Mundial de la Salud (2004) Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión, Washington, D.C: OPS, 2004, ISBN 92 75 32548 0. [En Línea] <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>

<sup>32</sup> Entre otros, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales, Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención Americana de Derechos Humanos, Convención de Belém do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y Convención de los Derechos del Niño.

(Beijing, 1995),<sup>33</sup> cuyos documentos se basan en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, enmarcados en la afirmación de principios tales como la opción libre e informada en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, el respeto a la integridad y el derecho a no sufrir ningún tipo de discriminación ni de coerción. La realización de estos principios implica obligaciones para el Estado relacionadas con la calidad y el acceso en condiciones de igualdad y equidad a servicios integrales de SSR.

## **2.1 NORMATIVIDAD COLOMBIANA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

A nivel Nacional las políticas sociales que actualmente orientan el accionar de las instituciones de salud y los programas de prevención y promoción se vislumbran a partir de los siguientes ejes normativos:

La Constitución Política define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales del Estado.<sup>34</sup> Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales en la medida en que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción y la atención de las enfermedades y eventos relacionados con ellas entrañan el ejercicio de derechos tales como el derecho a la vida<sup>35</sup>; a la igualdad y a no sufrir ningún tipo de discriminación<sup>36</sup>.

---

<sup>33</sup>Otras conferencias internacionales relevantes son la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (Nueva York, 1990), la conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y las conclusiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas del año 2001, sobre la epidemia de SIDA en el mundo.

<sup>34</sup>Constitución Política, Art. 2.

<sup>35</sup>Constitución Política, Art. 11.

<sup>36</sup>Constitución Política, Art. 13.

Esto incluye la toma de decisiones sobre la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, lo que paradójicamente podría implicar una alta exposición al **VPH** (Virus del Papiloma Humano) y la necesidad de que el Estado proporcione los mecanismos de detección temprana de la infección y establezca las acciones necesarias para disminuir el riesgo de adquirir cáncer de cuello uterino.

La salud en Colombia está contemplada como un servicio público de carácter obligatorio a cargo del Estado, que deben ser prestado conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que están consagrados en la Constitución colombiana, cuyos preceptos están contenidos en los artículo 44, 48, 49 y 50, otros mandatos constitucionales relacionados con la salud referencian los artículos 11 –derecho a la vida el artículo 13 y el artículo 366, el cual señala la solución de las necesidades insatisfechas en salud como una finalidad del Estado.

El derecho a la seguridad social está consignado en la Constitución dentro de los Derechos económicos, sociales y culturales; siendo uno de los derechos prestacionales, es decir de aquellos que requieren de una serie de normas procedimentales y presupuestales así como la organización que permita la prestación del servicio público de Salud.

*“ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

*Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.*

*También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

*Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”*

*"ARTICULO 366. El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.*

*Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación”.*

La prestación de los servicios de salud actualmente en Colombia se da a través de la implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. La Ley 100 de 1993 reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales puede tener acceso las

personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad – humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

El Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 hace referencia a la Atención Básica y precisa que El Ministerio de Salud definirá un plan de atención básica que complemente las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud de esta ley y las acciones de saneamiento ambiental. “Este plan estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria”<sup>37</sup>.

Por otra parte, inmerso dentro de las líneas de acción y las metas de La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SRR) están explícitas las acciones a ejecutar con relación al **Cáncer de cuello uterino** en correlación a alcanzar coberturas de detección temprana con citología cérvico/vaginal en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando el autocuidado y la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la citología cérvico/vaginal y el tratamiento adecuado de los casos.

---

<sup>37</sup>COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 4288. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). 1996, 12 p.

Por otra parte el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 recoge los compromisos adquiridos por el país que favorecen la salud pública, en particular en la Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos. De esta manera, el Plan Nacional de Salud Pública es el resultado de la aplicación de los modelos anteriores a las características del sector de la salud Colombiano y de la adopción de los compromisos internacionales. Adicionalmente, ante el desafío de prolongar la vida saludable y de reducir las inequidades en salud, el Plan Nacional de Salud Pública hace especial énfasis en la necesidad de coordinar acciones específicas con otros sectores, toda vez que muchos de los determinantes de la salud corresponden a las acciones de esos sectores.<sup>38</sup>

La promoción de la salud y la calidad de vida es una de las cinco líneas políticas inmersas en el Plan Nacional de Salud Pública que mantiene una relación directa en la prevención de enfermedades de interés público en este caso el cáncer específicamente cuello uterino en el género femenino; permitiendo la construcción de un proceso político y social que abarque las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva.

---

<sup>38</sup>MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039 – Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: 2007, 50 p.

Al igual dentro del contenido del plan se establecen las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales definiendo como prioridades en salud en Colombia: la salud infantil, la salud sexual y reproductiva que tiene estrecha relación con el cáncer de cuello uterino de interés en este proceso, la salud oral, la salud mental y las lesiones violentas evitables, las enfermedades transmisibles y las zoonosis, las enfermedades crónicas no transmisibles, la nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Pasando a otro plano en Colombia también estas determinadas las políticas para el control del cáncer que buscan la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos del control del riesgo, la detección precoz, el manejo clínico, la rehabilitación y el cuidado paliativo. A nivel mundial, éstas políticas han sido formuladas bajo un principio de equidad que garantice la integralidad del control, la calidad en la atención y la entrega de información veraz y oportuna.<sup>39</sup>

De igual importancia la Ley Sandra Ceballos establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Esta tiene como objetivo: “Establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los

---

<sup>39</sup>REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Plan Nacional Para el Control del Cáncer en Colombia. 2010 -2019. Bogotá: 2010. 64 p.

servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”<sup>40</sup>.

Para terminar la línea de políticas y normatividades colombianas en relación a la prevención y/o detección temprana del cáncer se tienen dos tipos de cánceres estipulados y que cuentan con actividades concertadas en la resolución 412 de 2000: el cáncer de cuello uterino y el cáncer de seno. En esta resolución se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento además se adoptan las normas técnicas y guías de atención que es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, oportuna y efectiva para el diagnóstico, atención e intervención de enfermedades de interés colectivo. Esta resolución se aplicarán a todas las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios de salud actualmente en Colombia se da a través de la implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. La Ley 100 de 1993 reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad – humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

---

<sup>40</sup>CONGRESO DE COLOMBIA. Ley Sandra Ceballos. Bogotá: 2010. 9 p.

La ley 100 de 1993, en su artículo 153 sobre el tema de la calidad, prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios la calidad de la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional.<sup>41</sup>

En Colombia la ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro (4) componentes así:

- Sistema Único de Habilitación..
- Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- Sistema Único de Acreditación.
- Sistema de Información para la Calidad en salud.<sup>42</sup>

El Decreto 2011 de 2006 define en Colombia la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos

---

<sup>41</sup> LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. [En línea], [Citado 2010-12-20] Disponible en: [http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf).

<sup>42</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.[En línea], [Citado 2011-01-03] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/SistemaObligatoriodeGarant%C3%ADadeCalidad-SOGC.aspx> .

de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.<sup>43</sup>

---

<sup>43</sup> SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS). [En línea], [Citado 2011-01-03] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

### **3. LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: GENERALIDADES INSTITUCIONALES**

La LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (LSCC), con domicilio en el municipio de Bucaramanga (Santander), con NIT 890.200.567-1 y con Sede Principal en la Carrera 22 N. 31-71 Parque Antonia Santos, es una entidad privada, sin ánimo de lucro, fundada en Bucaramanga el 14 de agosto de 1961, adscrita a la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, con reconocimiento por el Ministerio de Salud en julio de 1989, con personería jurídica número 026 de 1966 expedida por la Gobernación de Santander, y patrimonio propio, su representante legal es el Dr. Hernando Pardo Ordoñez quien es el presidente actual de dicha institución.

Esta institución surgió de la necesidad de atender los altos índices con relación al diagnóstico de cáncer en la población Colombia, implementando la estrategia de promoción de la salud y la prevención de esta enfermedad, puesto que los médicos no disponían de tiempo suficiente por sus responsabilidades asistenciales para dedicarse a esta labor de educación para la salud y lograr contribuir en la disminución de las estadísticas epidemiológicas y en el impacto de la misma a nivel nacional.

De esta forma el propósito esencial de la LSCC se fundamenta en la prevención del cáncer a través de la ilustración al público mediante conferencias y publicaciones, exámenes citológicos, consultas para la detección del cáncer de cérvix, piel, próstata, gástrico y seno; así como la orientación de los pacientes para su tratamiento y posterior seguimiento.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup>Página de Internet. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER. [En línea], [Citado 2011-05-03]. Disponible en: <http://www.licancerbucaramanga.com/>

Por esto la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer tiene como objeto social “CONTRIBUIR A LA DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POR CANCER Y SUS REPERCUSIONES SOCIALES, PSICOLÓGICAS Y ECONÓMICAS”.<sup>45</sup> Para complementar la intervención se realiza una labor humanitaria para desarrollar y/o estimular procesos de concientización y educación tendientes a crear una cultura de la salud enfocada en el autocuidado y la prevención de toda la población santandereana sin distinción alguna de sexo, raza, religión e ideología.

### **ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA DE LA INSTITUCIÓN**

La institución cuenta actualmente con un equipo de trabajo interdisciplinario, conformado por médicos, trabajadora social y personal ejecutivo y administrativo que contribuye al desarrollo de las actividades y a la prestación de los servicios ofrecidos actualmente por la liga que contribuyen al desarrollo misional de la institución. Además se cuenta con la colaboración y/o participación para el desarrollo de las actividades y/o la programación institucional del personal voluntario vinculado actualmente a la liga de lucha contra el cáncer.

Con respecto a la estructura por género el 40% del personal que está vinculado actualmente con la Liga de lucha contra el cáncer son del género femenino y desempeñan las labores administrativas y ejecutivas de la institución ( esto se debe a que es una política institucional, puesto que los usuarios que en mayor proporción asisten a los servicios de la liga son mujeres haciéndose más cómodo, conveniente y veraz dar y recibir información por parte y para los usuarios del personal vinculado a la institución actualmente por este género en especial) y la parte de atención a los procedimientos y consultas médicas en las diferentes especialidades en su mayoría son hombres.

---

<sup>45</sup>Tomado del Portafolio De Servicios. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER, p. 2.

El personal administrativo y ejecutivo de la LSCC tienen un contrato escrito a término fijo y el grupo de médicos están contratados a través de orden de prestación de servicios y solo reciben retribución por las horas trabajadas, es decir solo atienden las consultas programadas siendo este el tiempo que permanecen en la institución.

Los grupos voluntariados adscritos a la LSCC no tienen ningún vínculo laboral pero gracias a la gestión de la Trabajadora Social se les retribuye con un auxilio de transporte y para refrigerio en las actividades que estos grupos voluntarios presten su apoyo logístico, humano y social.

#### PERSONAL MEDICO

La Liga atiende al público en los consultorios de Bucaramanga con 15 hombres y 5 mujeres que hacen parte del personal médico especialista en los siguientes tipos de cánceres: cérvix, piel, próstata, gástrico y seno; por lo tanto dentro de su personal médico están los profesionales correspondientes a cada uno de las problemáticas a intervenir por la institución.

Dentro de las especialidades existentes actualmente en la institución están: Ginecología y Ginecología Especializada, Seno, Dermatología, Gastroenterología, Urología; es muy importante resaltar que el cáncer de cérvix es el de mayor prioridad en atención por la institución debido a que son procedimientos internos y su detección requiere de mayor cuidado, persistencia y compromiso por parte de la usuaria; además por ser preponderante el género femenino en las consultas institucionales dentro del personal médico existe mayor cantidad de especialistas en ginecología y seno para atender y dar cobertura a la demanda de los mismos.

Retomando la idea de la prioridad del cáncer de cérvix por la LSCC se destaca que existe todo un proceso y grupo interdisciplinario que trabaja en pro de la

prevención, la detección temprana y el seguimiento de este tipo de cáncer, por lo tanto la institución cuenta con la especialidad de ginecología general y especializada y el grupo de patólogos asesores que tienen como fin el diagnóstico de positivos, dudosos o negativos; asimismo se trabaja con el especialista en seno que cuenta con un grupo de cinco profesionales actualmente que atienden las necesidades de la población Santandereana en relación con los diagnósticos de mama.

Seguida de las especialidades fundamentales y de prioridad de intervención por la liga la segunda con mayor grupo de profesionales es dermatología cuenta con seis especialistas actualmente, posteriormente esta la consulta de gastroenterología y la última pero no la menos importante, el especialista de urología que tiene un profesional en esta especialidad de cáncer. Es de reconocer que estas últimas especialidades no tienen mayor demanda pues son tipos de cánceres que se pueden detectar a tiempo debido a que son partes del cuerpo que están en contacto directo con la vista e interacción y se permite identificar posibles cambios en el aspecto o en el funcionamiento para definir que es pertinente ser consultado por un especialista ya sea de piel, gastroenterología o urología.

#### PERSONAL VOLUNTARIO

Hasta el momento colaboran y prestan su apoyo en la parte logística, humana y social de los eventos, campañas y actividades realizadas institucionalmente en la Liga 140 Voluntarias en las siguientes áreas y tareas específicas:

- Damas Grises de la Cruz Roja:

Campañas Rurales de Divulgación y toma de Citologías.

- Damas de Alivio al Cáncer AVAC:

Suministros de medicamentos a pacientes de bajos recursos

Atención de pacientes terminales en el Pabellón Jácome Valderrama y

Albergue del Buen Samaritano.

- Damas Rosadas:

Atención a pacientes de la Unidad Oncológica y Albergue de pacientes en tratamiento.

## **ORGANIGRAMA**

La liga santandereana contra el cáncer, está encabezada por el presidente, Directora Administrativa y el personal funcionario: médicos, trabajo social, contabilidad, recepcionista, enfermería y auxiliar de enfermería, citotécnicas, servicios generales y cuenta con el apoyo de las voluntarias: Damas Grises, AVAC (Asociación de Voluntarias de Alivio al Cáncer) y Damas Rosadas.

La LSCC maneja como fuente de sus labores institucionales interdisciplinario el trabajo en equipo para contribuir al fortalecimiento y el cumplimiento de las metas colectivas, la toma de decisiones está a cargo del presidente y de la directora administrativa, pero al igual estas decisiones dependen de un organismo nacional debido a que la LSCC está adscrita a la Liga Colombiana contra el cáncer y ésta funciona como un operador y replicador de las decisiones tomadas a nivel nacional para el territorio Colombiano.

La comunicación interinstitucional y extrainstitucional (verbal y escrita) es directa, clara y oportuna, se manejan fuertes vínculos laborales debido a que la mayoría del personal lleva varios años vinculados con la institución además el ambiente de trabajo o clima organizacional es profesional, integral, compañerista, solidario y de ayuda mutua.

### **3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA**

La plataforma estratégica que tiene actualmente la LSCC está basada sobre dos principios fundamentales: la calidad y la satisfacción a través de la

prestación de los servicios, con el fin de cumplir a cabalidad tanto la misión, visión, política de calidad y/o valores institucionales definidos y ufanados como metas de cumplimiento institucional.

En razón a lo anterior, la institución se ha preocupado constantemente en el mejoramiento continuo tanto de la prestación de los servicios, la calidad de la atención en los productos y servicios ofrecidos, en la adecuación de la estructura física, en la especialización de procesos y procedimientos realizados, en la ampliación de la cobertura en la atención de la población Santandereana que corresponden al cumplimiento de metas u fines institucionales además de lineamientos y estándares a seguir establecidos por los entes acreditadores en calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia.

A continuación se hará mención de los componentes estratégicos institucionales:

- Misión<sup>46</sup>

La prevención del cáncer por medio de la ilustración al público, mediante conferencias y publicaciones, exámenes citológicos, consultas para la detección del cáncer de cérvix, piel, mama, gástrico y prostático. Orientación a los pacientes para su tratamiento y posterior seguimiento, esto se deriva de la vocación de servicio que tiene nuestra entidad apoyada en la experiencia de 46 años y en la permanente actualización del personal humano encargado de llevar a cabo esta misión.

- Visión<sup>47</sup>

Con miras al futuro hemos procurado siempre que nuestra organización sea la más altamente capacitada y calificada en los servicios de prevención del

---

<sup>46</sup>Tomado del Portafolio De Servicios. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER, p. 4.

<sup>47</sup>Ibíd.

cáncer, para llevar el mensaje hasta los más apartados rincones del departamento de Santander, seremos una entidad reconocida por la calidad de los servicios que presta.

Teniendo como base el Portafolio de Servicios institucional y como ya se había mencionado al inicio de este apartado, es de prioridad para la LSCC el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos y la satisfacción de los clientes con los servicios prestados lo cual se traduce en la Política de Calidad por alcanzar institucionalmente puesto que se pretende ofrecer un alto valor agregado que exceda expectativas y genere beneficio a la comunidad demandante de los servicios y productos ofertados.

Pasando a los valores institucionales que inspiran y soportan la gestión, el quehacer, la razón de ser y el fin único de la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer se basa fundamentalmente en el compromiso, el respeto y la orientación en la prestación de los servicios y en la relación usuario-institución para generar equidad, transparencia, legalidad, accesibilidad, acatamiento y cumplimiento de los derechos del usuario. Concretando finalmente como valores institucionales la transparencia, la integridad, la austeridad, la eficacia y efectividad y el respeto en el funcionamiento institucional, todo con miras a superar expectativas y satisfacción de los usuarios de los servicios.

Dentro del funcionamiento con relación a productos y servicios ofertados institucionalmente se define que los dos pilares fundamentales de acción por parte de la LSCC están en la promoción de hábitos o estilos de vida saludables para la prevención del cáncer y la atención de los resultados negativos a través de los procedimientos para el diagnóstico del mismo, además se complementa con un seguimiento u acompañamiento médico- social que orienta al paciente a la toma de decisiones asertivas en relación de su salud y bien estar.

Dentro de los programas están inmersas las campañas a nivel Nacional a desarrollar por las Ligas Regionales de las ciudades principales del país relacionadas con la prevención del cáncer de cuello uterino, cáncer de mama, cáncer de piel y la campaña sobre tabaquismo y los espacios libres de humo que se realizan durante el año con una duración de dos meses cada una implementadas secuencialmente a su mención; iniciando en el mes de marzo y finalizando en el mes de noviembre del año en curso.

Estas campañas ya vienen diseñadas y estructuradas desde la Liga Colombiana Contra el Cáncer y por lo tanto la LSCC trabaja o funciona como un operador o replicador de los temas, contenidos y acciones a realizar al igual que la población a ser objeto de intervención en cada campaña a realizar durante el año institucional, limitando así de esta forma las propuestas y la autonomía de las seccionales para abordar los temas y las campañas.

La liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer atiende de lunes a viernes en horarios de 7:30 am a 12:00 m y de 2:00 pm a 5:30 pm en su sede principal del municipio de Bucaramanga, prestando los servicios de capacitación para la prevención del cáncer a la población Santandereana, consultas médicas especializadas para la prevención del cáncer de piel, de próstata, cérvix, seno y gastroenterología. Estas consultas van acompañas de los procedimientos para el diagnóstico de anormalidades u cáncer de las especialidades anteriormente mencionadas además se presta el servicio de laboratorio de citología que es exclusiva para el procesamiento y lectura de citologías y finalmente el servicio de farmacia a través del banco de medicamentos ofreciendo una ayuda oportuna y exequible para los pacientes que requieren tratamiento de quimioterapia con su venta al costo, donde ha primado el espíritu de servicio más que el de una posible utilidad, puesto que la entidad no tiene ánimo de lucro.

Para complementar estos servicios y el programa junto con la campaña nacional en relación al cáncer de cuello uterino la LSCC realiza un seguimiento médico-social a las pacientes con resultados de citologías sospechosas o positivas, que consiste en el registro de los resultados para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica, el contacto directo con el paciente para la comunicación e interpretación del mismo seguido de una orientación al proceso y procedimientos a seguir y la ubicación institucional de acuerdo al régimen de salud al cuál pertenezca la usuaria, seguidamente de entregado y de realizada la asesoría se efectúa un seguimiento o contacto telefónico o visita-social (si es necesario) con la paciente para conocer la decisión con respecto al procedimiento a seguir y además resaltar la importancia de los mismos en la prevención del cáncer, en el estado de salud y bienestar propio.

Se requiere de este proceso de seguimiento social puesto que en algunas ocasiones hay pacientes que olvidan recoger el resultado, dejan pasar la fecha de reclamar el mismo u olvidan las indicaciones impartidas en relación con el procedimiento que se debe seguir, por lo tanto es pertinente realizar el contacto telefónico o visita social a la paciente con miras en recordar la persistencia y la responsabilidad de la salud propia.

Para concluir en la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, se orienta a las pacientes respecto a los resultados de citologías sospechosas o positivas y los atiende en sus instalaciones o consultorios médicos, donde se llevan a cabo procedimientos como toma de biopsias, colposcopias, crioterapias, radiocirugías, cauterizaciones y tratamientos con ácido tricloroacético.

Además se gestiona con las Entidades locales de Salud, lo relacionado con cirugías, quimioterapia y radioterapia y lleva a cabo el seguimiento de pacientes. Realiza campañas de divulgación e ilustración sobre la prevención del cáncer en las áreas de cérvix, seno, próstata, piel y gastroenterología así

como las campañas antitabaquistas para niveles de educación primaria y secundaria con la ayuda de las voluntarias Damas Grises y Damas Rosadas.

### **3.2 TRABAJO SOCIAL EN LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER.**

El ejercicio profesional de Trabajo Social en la LSCC se enmarca principalmente en el área de la salud puesto que desempeña funciones propositivas de ejecución y fortalecimiento de los programas y servicios para la promoción de la salud y prevención del cáncer específicamente en la educación para la salud; del mismo modo el profesional de trabajo social en salud enfoca su quehacer institucional en facilitar y contribuir al desarrollo de hábitos y comportamientos saludables, el fortalecimiento de los factores protectores y especialmente en el apoyo médico-social para garantizar bien estar y mejorar la calidad de vida en las comunidades a intervenir en la población del departamento de Santander.

Al igual desarrolla funciones corporativas que permiten el desarrollo y crecimiento institucional como los procesos de calidad que se realizan para la habilitación y acreditación de los servicios de salud, como también se encarga de los asuntos de la salud ocupacional institucional para el fortalecimiento de la misma; es de resaltar que es un proceso que apenas se está implementando. Las anteriores funciones descritas se desenvuelven en un trabajo interdisciplinario Trabajo Social, Auditora en Calidad, la Directora Ejecutiva y el presidente que además es el representante legal de la LSCC pues son procesos que requieren de toma de decisiones y diseño de propuestas y planes de acción entre otras, convirtiéndose en un profesional actor de nivel estratégico de la entidad.

Dentro de los procesos y procedimientos que Trabajo Social administra directamente en la institución están: la asesoría individual-grupal que se realiza seguido de la entrega de los resultados de citologías dudosas y positivas en cuyo espacio es necesario generar un ambiente de confianza y de sensibilización con el cuidado y la prevención del cáncer de cuello uterino, aunque es de aclarar que el tiempo que se le dedica a cada paciente es muy limitado puesto que la demanda de este servicio es alta restando calidad y eficiencia en el proceso de asesoría.

El objeto social de la LSCC es trabajar en pro de la prevención del cáncer en la población Santandereana haciéndose necesario la organización e implementación de las campañas, jornadas e ilustraciones que permiten la divulgación y capacitación acerca de las generalidades del cáncer siendo está una estrategia de educación para la salud realizada principalmente por el departamento de Trabajo Social cuyos temas principales son cáncer de cérvix, autoexamen de mama, piel, cáncer gástrico y cáncer de próstata al igual sobre la campaña antitabáquica que se realiza a través de visitas a la comunidad en general, colegios, empresas que lo soliciten, al personal interno y externo (voluntarias) de la institución.

Las anteriores campañas, jornadas e ilustraciones a los usuarios son de vital importancia para la educación para la salud, la promoción de estilos y hábitos saludables de vida entre otros factores protectores que previenen el cáncer. Actualmente solo se cuenta con una trabajadora social de planta y el grupo de voluntarias adscritas a la institución que limita a su vez la cobertura de la población total del Departamento de Santander. Así mismo las charlas educativas tienden a ser monótonas y de poco impacto para algunos grupos etéreos como los adolescentes, generando la perdida de la atención, compromiso, responsabilidad e interés por la información que se está ofreciendo y que es de beneficio para la salud misma.

Otro de los procesos o procedimientos que son responsabilidad directa de Trabajo Social hace referencia al seguimiento de pacientes que no asisten a las diferentes consultas y/o reclaman los resultados de citología que por prevención pasan a una segunda revisión por patología ya sea para descartar dudas acerca de un resultado o para confirmar la primera impresión diagnóstica emitida por la citotécnicologa evitando así falsos positivos o fomentando preocupaciones innecesarias a los usuarios con los resultados.

Este proceso consta de ubicación telefónica- envío de correspondencia y finalmente y si es necesario la visita social para tener contacto directo con el paciente y conocer, facilitar y sensibilizar acerca de la pertinencia de reclamar los resultados de los exámenes u procedimientos y de asistir a las consultas médicas programadas para el mejoramiento de la calidad de vida.

El anterior proceso descrito presenta dificultades en cuanto a que se maneja datos e información personal de los usuarios como número telefónico, dirección de la residencia entre otros que son fundamentales en el momento de realizar el seguimiento médico-social y en algunos casos la información suministrada es errónea, incorrecta e incompleta generando obstáculos en la comunicación usuario – institución y el objetivo principal del seguimiento de realizar un acompañamiento profesional desde Trabajo Social para la ubicación, orientación y toma de decisiones, además de sensibilizar para seguir el conducto regular a los procedimientos necesarios para determinar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

### **3.3 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA POR LA LSCC**

Los usuarios atendidos actualmente por la LSCC son heterogéneos y presentan unas características poblacionales muy variables, lo cual dificulta la descripción

detallada del objeto a intervenir profesionalmente desde Trabajo y de igual forma institucionalmente.

Teniendo como referencias los datos estadísticos del año anterior es decir 2010, se realizará un acercamiento para definir un prototipo de población, puesto que misionalmente está dirigido al departamento de Santander lo cual es muy amplio pero que realmente se acercan frecuentemente para la prestación de los servicios un grupo con ciertas características que a continuación se describirá.

La Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer atiende en sus instalaciones y presta sus servicios a hombres y mujeres de los cuáles su mayoría corresponden al género femenino que oscilan entre las edades de los 16 y 69 años y de los hombres entre los 35 y 60 años, cuya procedencia mayoritariamente son del área metropolitana y de algunos centros de salud u hospitales de los municipios del departamento como: Aguachica, Barrancabermeja, Sabana de Torres, Málaga entre otros.

Las tablas que a continuación se muestran detallan los datos citados anteriormente.

Tabla 1. Distribución de los usuarios por género y edad.

EDAD	16-25	26-40	41-69	TOTAL
HOMBRE	300	1.600	1.358	3.258
MUJERES	1.200	18.856	1.876	21.932
<b>TOTAL PACIENTES</b>	1.500	20.456	3.234	25.190

Fuente: Archivos estadísticos Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.

Como nos muestra la tabla 1 es importante resaltar que el grupo etáreo tanto de hombres como de mujeres que más solicitan el servicio de consulta en las diferentes especialidades está entre los 26-40 años seguido del grupo de 41-69 años debido a que es una etapa del ciclo vital donde se ha terminado el proceso de fertilidad.

Tabla 2. Distribución de los usuarios por procedencia y meses.

	AGUACHICA	BARRANCA	CENTROS	LIGA	TOTAL
ENERO	40	305	651	1477	2473
FEBRERO	71	283	803	1358	2515
MARZO	112	298	904	1759	3073
ABRIL	77	324	681	1338	2420
MAYO	68	305	834	1343	2550
JUNIO	95	362	884	1553	2890
JULIO	66	413	686	1513	2678
AGOSTO	94	358	892	1391	2735
SEPTIEMBRE	98	377	808	1317	2600
OCTUBRE	65	320	945	1236	2566
NOVIEMBRE	72	264	895	1356	2587
DICIEMBRE	33	210	647	1123	2013
<b>TOTAL</b>	891	3819	9630	16764	31104

Fuente: Archivos estadísticos Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.

Se observa en la anterior tabla la procedencia y sus índices de acuerdo a la ubicación de los usuarios, porcentualmente el 46% del total de los usuarios que acceden a los servicios son de municipios como Barrancabermeja, Aguachica,

Sabana de Torres como lo detalla la tabla anterior y el 54% corresponde al área metropolitana del departamento de Santander que está identificado como Liga en la tabla preliminar. Lo que permite deducir que no existen barreras de distancia para el acceso a las consultas y procedimientos a pesar del estado de las carreteras, los costos y la ola invernal que vivió el país el año inmediatamente anterior (2010) además es de relevar que se mantiene una constante que no varía considerablemente de usuarios con relación al mes y al lugar de procedencia como lo plantea la tabla 2. Además el Sistema de Referencia y Contrareferencia debido a que es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que permiten el traslado de usuarios, muestras para realización de estudios, diagnósticos y reportes de los mismos entre un nivel de atención y otro y entre un prestador de servicios de salud y otro, en este caso de la LSCC con los centros de salud u Hospitales de los municipios de Santander, con el objetivo de garantizar la accesibilidad, oportunidad y seguimiento en la atención de pacientes que necesitan atención en un nivel o sitio diferente, según la complejidad de las patologías y la capacidad resolutive de los diferentes prestadores de servicios de salud.

La LSCC al ser una institución de carácter privado dirige sus actividades e intervenciones a toda la población Santandereana independientemente de su estrato económico y/o régimen de seguridad social, edad, sexo, condición entre otras características demográficas por lo tanto los servicios son directos, abiertos y asequibles en cuanto a tarifas, precios de consultas y procedimientos pues son de bajo costo en comparación con otras instituciones prestadoras de servicios de salud privada pues la razón de la liga es sin ánimo de lucro.

En otras palabras la institución atiende usuarios adscritos al régimen subsidiado, contributivo y los que de forma particular acceden a los servicios de salud.

Tabla 3. Distribución de los usuarios de la LSCC de acuerdo al Régimen de Salud.

RÉGIMEN	TOTAL USUARIOS
SUBSIDIADO	10.472 Usuarios Anuales
CONTRIBUTIVO	19.863 Usuarios Anuales
NINGUNO	4.502 Usuarios Anuales

Fuente: Archivos estadísticos Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.

La tabla 3 muestra el número de usuarios que anualmente se atienden en la LSCC según el régimen de salud al cuál pertenezcan; lo que permite deducir que los usuarios que acceden mayoritariamente a los servicios de la liga son los pertenecientes al régimen contributivo, seguido del régimen subsidiado y finalmente los que en forma particular acceden a los servicios de salud mostrando una diferencia notable entre los usuarios del régimen subsidiado y el contributivo puesto que tienen acceso a consultas de especialistas y toma de procedimientos y aún así buscan instituciones privadas para acceder a los servicios debido a que existen demoras, trabas y obstáculos para la asignación de consultas y los medios para el diagnóstico de enfermedades, en las clínicas y hospitales actualmente. Por el anterior contexto se han incrementado el número de usuarios en la Liga por situaciones que cohiben el acceso y oportunidad en el uso de los servicios a los cuales están vinculados los mismos.

Por otra parte es de resaltar que se tiene una considerable cobertura de usuarios particulares lo cual representa el 12% de los usuarios que acceden a los servicios en la LSCC hasta la fecha.

Es de aclarar que no se tiene ninguna preferencia de trato, tarifas, oportunidades en la atención y asignación de citas según el régimen al que pertenezca el usuario, solo es un dato estadístico que permite visualizar a que

régimen pertenece los usuarios que acceden a los servicios de salud en la LSCC y de igual forma servir como referencia al seguimiento médico-social para la orientación en cuanto a procesos, procedimientos, acompañamiento y toma de decisiones dependiendo del régimen con el fin de favorecer los beneficios y la salud del usuario. Además también corresponde a la contratación de servicios que tiene la Liga con Instituciones Educativas u Empresas interesadas en los productos ofertados institucionalmente.

En cuanto a los servicios y/o consultas a las que concurren los usuarios, se referencia:

Tabla 4. Estadísticas de Servicios 2010. LSCC.

SERVICIO	TOTAL PACIENTES
GINECOLOGÍA ESPECIALIZADA	2.009
GINECOLOGÍA GENERAL	2.327
GASTROENTEROLOGÍA	488
MEDICINA GENERAL	87
DERMATOLOGÍA	3.286
UROLOGIA	348
SENO	2.021
TOTAL PACIENTES	10.566

Fuente: Archivos estadísticos Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.

Debido a los estudios realizados y las estadísticas epidemiológicas a nivel nacional que determinan la incidencia de los determinados tipos de cánceres establecidos por la liga colombiana contra el cáncer y el Instituto Nacional de Cancerología se halla la relación de estas estadísticas epidemiológicas con las estadísticas del uso de los servicios en correlación de la promoción, prevención y atención del cáncer a nivel regional en este caso de nuestro interés

Santander, puesto que la Incidencia y Mortalidad anual por Cáncer en Colombia para las mujeres es de cérvix, seno y estómago y para los hombres de próstata, estómago y pulmón. Lo anterior se evidencia en el número de pacientes para las consultas, en la variación, diferencia e importancia para los usuarios en cuanto a las especialidades que requieren o que son de prioridad en salud para su atención y para la institución en cuanto a que debe garantizar atención, cobertura e instalaciones apropiadas para la prestación de los servicios.

Anteriormente se había mencionado que el cáncer de cuello uterino es de prioridad en la LSCC por lo tanto la vigilancia epidemiológica registrada se realiza y va dirigida o enfocada a este caso especial de incidencia y mortalidad en mujeres; en cuanto a los diagnósticos más comunes en los resultados de las citología son los negativos y de anomalías de la misma están las células atípicas de significado indeterminado: ASCUS y la LIEBG (lesión intraepitelial de bajo grado) o LIEAG (lesión intraepitelial de alto grado) que son posiblemente cancerosos (maligno). En cuanto a los procedimientos de tamizaje que existen para confirmar los resultados de la citología como las colposcopias, las biopsias entre otros, la gran mayoría de los resultados son negativos y en los casos que no lo son, se les asigna un tratamiento de acuerdo a la lesión y un control en seis meses con la toma de la citología si es necesario.

En el caso de las otras especialidades son muy frecuentes las consultas de primera vez, control, cauterizaciones y/o procedimientos leves.

A modo de conclusión es de vital importancia que se realice una recopilación de los registros acerca de los diagnósticos obtenidos en los resultados de las citologías a nivel institucional que sirva como base para la información epidemiológica del Departamento de Santander dado que actualmente se maneja un registro a nivel nacional de ligas contra el cáncer.

Además es vital precisar que el sistema de salud en Colombia en cuanto a la prestación de los servicios está presentando algunas falencias con respecto al tiempo de oportunidad para la asignación de una cita con especialistas, la autorización de medicamentos y procedimientos para el diagnóstico o confirmación del mismo que son prioritarios para el tratamiento de una enfermedad determinada generando de esta forma el traspaso de estos procesos o el uso de instituciones de carácter privado para realizar los procedimientos que requiere un paciente para la atención en salud y contribuir así a la satisfacción de sus necesidades y al mejoramiento de su calidad de vida con la prestación de servicios inmediatos.

Al igual es relevante la cifra de usuarios que asisten a la liga y que no están vinculados a ningún régimen de salud pues limita el trabajo interinstitucional, el acompañamiento de un proceso o procedimiento médico, la continuación y seguimiento de un tratamiento debido a los costos que debe financiar como particular, además la vulnerabilidad a la que está expuesto en caso de una enfermedad de alto costo un usuario con esta condición.

Finalmente se logró reconstruir la población objeto de intervención para la prestación de los servicios de salud por la LSCC identificando unas características básicas como: género, edad, régimen, procedencia, especialidades a las que asisten y los diagnósticos más comunes; esta información resulta importante en la medida que permite identificar la delimitación de la población en programas, proyectos y propuestas para el mejoramiento de la calidad en la atención y prestación de los servicios de salud a desarrollar institucionalmente.

#### **4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA EN LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER - LSCC**

El proceso de la experiencia de prácticas académicas en Trabajo Social inicia con la ubicación o conocimiento institucional, lo cual permite identificar y establecer la realidad observada y apreciada desde las personas internas (personal vinculado actualmente) y externas (usuarios) que hacen parte de la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer; facilitando así la tipificación de una problemática presentada que requiere de la intervención profesional desde Trabajo Social para mejorar la prestación y atención de los servicios y programas ofrecidos institucionalmente, cuyos apartes serán mencionados más adelante.

Seguida de la identificación de la problemática objeto de trabajo por la estudiante en prácticas se llevó a cabo el proceso de planeación; basado en el modelo de gerencia estratégica, por la cual se definen ciertos subprocesos a saber. Diagnóstico inicial (matriz DOFA); análisis situacional; establecimiento de estrategias priorización de las mismas y diseño del plan operativo.

El diagnóstico inicial se realizó con base en el instrumento metodológico denominado “Matriz DOFA” fundamentado en la revisión y análisis de documentos y archivos de la LSCC, examen de procesos y procedimientos de atención, comprensión de la plataforma estratégica de la institución elementos que fueron el soporte para el acercamiento y/o ubicación al campo de práctica; al igual sirvieron de evidencia o de elementos para la fundamentación de la matriz DOFA. El proceso de inducción institucional en la primera semana de inicio de la práctica profesional además permitió el registro de información

brindada por personas internas y externas que permitieron visualizar, reconocer y acercar a la problemática percibida y realmente vivida institucionalmente.

Dentro de las principales razones por la cuales se determinó realizar este tipo de planeación en la LSCC es debido a que permite un análisis integral y real de la situación teniendo en cuenta un nivel interno e institucional y un nivel externo o entorno que lo rodea a efectos de determinar las debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas correspondientes a los niveles anteriormente mencionados.

Otra de las razones que permitieron el uso de una de las matrices de planeación estratégica se debe a que la misma es un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema o en otras palabras este instrumento permite el reconocimiento e implementación de acciones efectivas, claras y oportunas para el mejoramiento y desarrollo organizacional.

Al igual al ser la primera experiencia de vinculación de estudiantes con formación en trabajo social en la institución se brindó total libertad y autonomía para la definición y elección de los lineamientos de intervención profesional desde lo académico. El proceso de intervención profesional se basa en dos pilares fundamentales de acción: el primero está relacionado con los procesos de calidad que realiza la institución en el cuál se contribuye, fortalece y apoya desde lo social con el diseño e implementación de un Sistema de Auditoría para la calidad en salud y el Sistema de Información y Atención al Usuario que permiten generar espacios de participación social, control y veeduría del servicio para finalmente mejorar la comunicación institución – usuario. Y el segundo pilar contempla el apoyo a las actividades o funciones propias de la

trabajadora social en la LSCC a través del desarrollo de ilustraciones al usuario, entrega de resultados, seguimiento de pacientes y el acompañamiento u orientación a los mismos con el fin de adquirir y potencializar conocimientos básicos en el área de intervención social en salud y específicamente con un problema de salud pública como es el cáncer que aqueja actualmente a la población en Colombia. A continuación se observará la información del análisis externo (oportunidades/amenazas) y la información de conocimiento interno (fortalezas/debilidades) que hacen parte del contenido de la matriz DOFA y la planeación programada en la LSCC.

Cuadro 2: Matriz DOFA de la LSCC.

<b>DEBILIDADES</b>	<b>FORTALEZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La LSCC carece de un proceso administrativo para la jerarquización de los cargos.</li> <li>✓ Falta de uso y aplicación de la herramienta que permite evaluar las razones del uso de los servicios de la liga.</li> <li>✓ El seguimiento de pacientes con procesos diferentes al de radio cirugía se fundamenta en la llamada telefónica para recordar pasar al médico y en el registro de sus citas programadas y no se tienen más datos e información del usuario para complementar un seguimiento integral desde Trabajo Social.</li> <li>✓ Delegación de tareas u actividades a la Trabajadora Social propias de la Recepción (asignar citas telefónicas).</li> <li>✓ Los usuarios constituyen población flotante, por lo tanto las acciones no pueden generar un proceso, sino la realización de actividades puntuales mientras son atendidos en la institución.</li> <li>✓ Carencia de un centro especializado de atención al usuario.</li> <li>✓ No se tiene en cuenta las opiniones, quejas, reclamos o sugerencias para la calificación del servicio por parte del usuario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ LSCC cuenta actualmente para la prestación de sus servicios de una planta física amplia y bien abastecida con relación a instrumentos para la realización de procedimientos.</li> <li>✓ Existencia de la plataforma estratégica (misión, visión, valores institucionales y política de calidad).</li> <li>✓ Recurso humano calificado y equipo interdisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadora social) para la atención de los usuarios.</li> <li>✓ Se cuenta con un grupo de médicos especialistas en el portafolio de servicios que ofrece la LSCC actualmente.</li> <li>✓ Contratación de Auditor Médico para la institución que apoyará la implementación del sistema de control de calidad del servicio.</li> <li>✓ La implementación de un sistema de control de calidad al servicio para mejorar la prestación de los servicios.</li> <li>✓ Disponibilidad de recursos (físicos, papelería, tecnológicos, entre otros) para el desarrollo de las actividades extramurales.</li> <li>✓ Especificidad y larga trayectoria de trabajo en los tipos de cánceres que intervienen.</li> <li>✓ El manejo y/o uso de estadísticas</li> </ul>

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Omisión en la actualización de información sobre las campañas, servicios y programas en las redes sociales que maneja actualmente la LSCC.</li> <li>✓ Falta de clasificación de las llamadas que se reciben en la LSCC pues esto delega funciones a otros profesionales (trabajo social, enfermeras, secretarias, entre otras) a dar información u asignar citas y minimiza la oportunidad a otra llamada prioritaria propia de las funciones del profesional que las atiende.</li> <li>✓ No se tiene una persona específica que asigne citas telefónicas y personalmente lo que causa desorientación por parte del usuario a la hora de solicitarla. (No sabe a quién o dónde dirigirse).</li> <li>✓ Existe demora y muchos obstáculos e interrupciones para la asignación de una cita telefónicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>relacionadas con la cantidad de usuarios que acuden a los servicios.</li> <li>✓ El uso de la demanda inducida para generar impacto con las campañas de promoción de la salud en los grupos poblacionales.</li> <li>✓ La presencia de seccionales de la LSCC en otros municipios para ampliar la cobertura de atención.</li> <li>✓ Trabajo en red con todos los funcionarios que trabajan actualmente en la LSCC.</li> <li>✓ Convenios académicos con instituciones educativas (Sena, UDES, UNAB, UIS).</li> <li>✓ Apoyo del Avac y las damas rosadas en las actividades, campañas e ilustraciones educativas.</li> <li>✓ Comunicación institucional directa, clara y frecuente.</li> <li>✓ Preparación para la habilitación por parte de la LSCC y la puesta en marcha de los planes de mejoramiento relacionados con estructura física, equipos asistenciales y recurso humano.</li> <li>✓ Interés por parte de la LSCC en fortalecer sus procesos internos, la atención y calidad en la prestación del servicio; con miras en obtener la certificación ISO 9001.</li> <li>✓ Documentación y diseño del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad.</li> </ul>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La ley 100 de 1993, que estipula y crea el sistema de seguridad social en Colombia para garantizar derechos y calidad de vida.</li> <li>✓ La existencia de las guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades contempladas en la Resolución 412 de 2000.</li> <li>✓ Reconocimiento de la LCC a nivel Nacional en la prevención y atención del cáncer en Colombia.</li> <li>✓ Convenios interinstitucionales (clínica Ardila Lulle, Cruz roja, hospitales, entre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presencia de factores de riesgo como el cigarrillo, el consumo de alcohol, la exposición a los rayos solares sin protección, la contaminación ambiental entre otros que aumentan la posibilidad de contraer o desarrollar una enfermedad como el cáncer.</li> <li>✓ Aumento del índice de desempleo y de pobreza en el país lo que inhibe el acceso a condiciones adecuadas de alcantarillado, vivienda, servicios básicos y deteriora la calidad de vida de las personas.</li> </ul>

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>otros) para la atención integral de los usuarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La existencia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud que exige el cumplimiento de estándares para mejorar la calidad del servicio y la satisfacción del usuario.</li> <li>✓ La existencia del PAMEC o Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud que orienta estos procesos en las instituciones prestadoras de servicios los servicios.</li> <li>✓ Políticas y programas de salud a nivel nacional enfatizados en la calidad de la prestación del servicio.</li> <li>✓ Definición de las guías y normas técnicas, científicas y administrativas establecidos por el Decreto 1011 de 2006 que permite la comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada.</li> <li>✓ Inversión para el avance tecnológico en los procedimientos realizados en la LSCC.</li> <li>✓ Presencia o existencia de grupos de voluntariado que trabajan en pro del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de otros.</li> <li>✓ La existencia de algunos subsidios para realizar procedimientos que son costosos o de difícil acceso por parte de los usuarios que no tienen capacidad de pago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Malos Hábitos de consumo y estilos de vida de los seres humanos que no contribuyen a tener buena salud.</li> <li>✓ Contaminación ambiental que deteriora la calidad de vida de las personas.</li> <li>✓ Apatía por parte de algunas personas o usuarios en no ser receptivos a la información brindada en las ilustraciones.</li> <li>✓ Financiación de los servicios de la LSCC solo se basa en la prestación de los servicios (consultas y procedimientos) y algunas donaciones voluntarias.</li> <li>✓ Creciente competencia del sector salud EPS e IPS en Colombia.</li> <li>✓ Cáncer como un problema de salud pública creciente.</li> </ul>

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en la LSCC, durante el Segundo semestre del año 2010.

La Liga Santandereana de lucha contra el cáncer es una institución de carácter privado, que se encuentra adscrita a la Liga Colombiana de lucha contra el cáncer, organización que tiene como fin la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad específicamente lo relacionado con el cáncer, utilizando para ello la ilustración a la población Santandereana. La entidad a su vez posee un reconocimiento a nivel nacional por los servicios y procedimientos

que realiza puesto que cuenta con un grupo interdisciplinario que trabaja y es especialista en los cánceres que atiende (cáncer de cérvix, piel, mama, gástrico y prostático), además trabaja con los grupos voluntarios del AVAC, las damas grises y la cruz roja que apoyan los eventos extramurales realizados por la LSCC fortaleciendo de esta forma los servicios ofrecidos.

Unido a lo anterior se destaca que la institución tiene una larga trayectoria en la intervención de los procedimientos y diagnósticos de los cánceres cérvix, piel, mama, gástrico y prostático, hechos que la posicionan como una entidad líder en la atención de una problemática que cada día aqueja más a la población.

La LSCC tiene una planta física amplia y bien abastecida de instrumentos para la prestación de los servicios, recursos físicos, económicos y capital humano para garantizar la calidad de la atención, constituyéndose en factores claves de éxito para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad el cual se viene fortaleciendo con la contratación de la Auditora médica quien lidera el proceso para fortalecer, organizar y seguir los estándares que garanticen la prestación de los servicios con criterios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad que constituyen las características propias del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Actualmente la LSCC presenta un conjunto de debilidades que requieren ser atendidas para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos hasta el momento puesto que se presentan una serie de procedimientos que interfieren en la generación de valor agregado al servicio brindado por la institución.

Lo anterior específicamente hace referencia a lo relacionado con la atención integral y personalizada del usuario para su atención, orientación, tratamiento y satisfacción de sus necesidades integralmente debido a que internamente se

presentan obstáculos, trabas, impedimentos, dificultades en la comunicación institucional con el usuario que limitan el crecimiento y desarrollo institucional.

Entre los procedimientos que limitan el crecimiento están, la no existencia de una persona específica que asigne citas telefónicas y personalmente lo que causa desorientación por parte del usuario delegando funciones a otros profesionales (trabajo social, enfermeras, secretarias, entre otras) a dar información o asignar citas y minimiza la oportunidad a otra llamada u otra atención personal prioritaria propia de las funciones del profesional que las atiende, generando demora, obstáculos e interrupciones para la asignación de una cita.

Todo esto tiene relación con la necesidad del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, asumiendo como base que se tiene como meta principal institucionalmente la obtención de la certificación de Calidad ISO 9001 que exige la implementación de sistemas de calidad que hacen uso de la participación, la medición y la revisión, el diseño y la implementación de estrategias, procesos entre otros que permitan evaluar y/o calificar la atención del servicio que se está prestando para generar procesos de satisfacción en los usuarios.

Es de resaltar que actualmente la LSCC no desarrolla procesos de recepción de opiniones, quejas, reclamos o sugerencias para la calificación del servicio por parte del usuario lo cual es un indicador de incumplimiento de la normatividad nacional que se reglamenta para las instituciones prestadoras de servicios de salud en cuanto a la participación del usuario y al mismo tiempo no desarrollando procesos de mejoramiento institucional.

Por lo anteriormente descrito es pertinente dar prioridad a lo relacionado con la atención y servicio del y para el usuario pues alrededor de estas dificultades en

la organización para la atención del usuario no se la da cumplimiento a la política de calidad que tiene la institución orientada a “Lograr la satisfacción de los clientes con servicios que ofrezcan un alto valor agregado y excedan sus expectativas generando beneficio a la comunidad”<sup>48</sup>. Es importante resaltar que se presta un excelente servicio por lo que merece su reconocimiento institucional pero la atención es demorada, con muchos procedimientos, obstáculos que causan desorientación en los usuarios del lugar y la persona correcta para pedir y recibir información clara, veraz y oportuna pues no se cuenta con una persona específica para esta función y lo que se hace actualmente es delegar estas funciones a cualquier profesional o trabajador vinculado con la institución, exponiendo al usuario a retrasos, a tener que hablar con una persona y otra minimizando la oportunidad de atender a otro usuario que si requiera específicamente los servicios de un determinado profesional o trabajador de la institución.

Siendo una prioridad organizar, diseñar e implementar procesos para la presentación de la habilitación de calidad y lograr la obtención de la certificación de calidad como meta institucional, es necesario mejorar las condiciones de la atención, implementando el Servicio de Información y Atención al Usuario y una auditoría al servicio prestado; pues además de necesitarlo institucionalmente para mejorar los procesos y procedimientos internos y de comunicación con el usuario éstos son de obligatorio cumplimiento según las normas que rigen a las instituciones de salud en lo referente a la prestación de servicios y atención al usuario de calidad; además este tipo de procesos contribuyen a dar un valor agregado que se traduce en el reconocimiento de calidad de los servicios de salud prestados por las instituciones que la obtienen.

---

<sup>48</sup>Ibíd., p. 46.

La no implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad y la no existencia de un sistema integral de atención al usuario no son las únicas debilidades que presenta la LSCC pero si son las de mayor prioridad en atención y de trabajo en estos momentos, por cuanto atender estos frentes permite al mismo tiempo contribuir al cumplimiento de la política de calidad establecida y a la mejora en la relación institución-usuario, además que son necesarios y de gran importancia implementar este tipo de procesos que implican la realización de actividades de evaluación y seguimiento de asuntos definidos como prioritarios. De esta forma, la comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas; y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos como lo plantea el Decreto 1011 de 2006.

Como ya se ha mencionado existen otras debilidades como la carencia de una estructura organizacional pues no se tienen claros los niveles jerárquicos y las líneas de autoridad y responsabilidad y limitan la visualización de una estructura organizacional soporte de una plataforma estratégica integral para la presentación tanto a los usuarios como a los trabajadores vinculados actualmente a la LSCC.

Para finalizar el análisis de los procesos internos que se desarrollan y que limitan el crecimiento y desarrollo institucional se encuentran también la falta de implementación de un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad y la carencia de un sistema integral de atención al usuario, que inhiben el cumplimiento de normatividades propias de las instituciones prestadoras de servicios de salud y al no acatamiento de la política de calidad establecida.

La existencia de trabas, barreras, que dificultan y obstaculizan la comunicación y las relaciones usuario – institución perjudica los atributos del servicio y la

satisfacción del usuario además el no generar la participación de las personas usuarias del servicio para su calificación, evaluación y seguimiento limitan los procesos de mejoramiento interno, mostrándose necesario la implementación de estos procesos (auditoria para el mejoramiento de la calidad y el sistema integral de atención) que mejoren las debilidades internas con relación a la atención y evaluación del servicio, debido a que se están preparando para una habilitación y además todas las funciones se están direccionando al cumplimiento de una meta institucional: la obtención de la certificación de calidad.

Pasando a otro panorama más externo pero que determina comportamientos y/o tendencias tanto de los servicios como de los usuarios se toma como referencia central un proceso como la globalización que trae consigo una sociedad de consumo, la modernización de las sociedades y la contaminación ambiental que perjudica, los índices de pobreza (inhibe el acceso a condiciones adecuadas de alcantarillado, agua potable, saneamiento básico, entre otros) altera y modifica los estilos de vida y los hábitos de consumo poniendo en riesgo la salud de los seres humanos por tanto afecta la morbi-mortalidad de las poblaciones y se requiere de la especialización científica y el abordaje desde las instituciones prestadoras de servicios de salud para promocionar la salud, prevenir la enfermedad y determinar un tratamiento oportuno y adecuado.

La LSCC actualmente dentro de los servicios y programas ofrecidos tiene la ilustración como factor clave, puesto que el cáncer ya es considerado un problema de salud pública, así que a través de este programa se trata de mostrar a los usuarios qué es, como se previene y los procedimientos que se utilizan para detectar los cánceres en forma de charla educativa; por esto es pertinente diseñar e implementar una metodología que genere mayor impacto pues se muestra muy tradicional y catedrática y se presta para generar apatía y

poca receptividad y motivación en algunos usuarios especialmente en los adolescentes.

De la misma forma el mundo globalizado es importante y hoy día se considera un servicio más, el uso de las Tecnologías de la información y la comunicación TIC'S, para informar, promocionar y ofrecer servicios, la LSCC tiene página web y algunos grupos en redes sociales que no desarrollan las funciones básicas de este tipo de servicios o de ayudas tecnológicas que permiten difundir, promocionar y dar a conocer información, actividades, programas, servicios entre otros acerca de la institución para generar impacto y reconocimiento en la población Santandereana que no conoce a la misma, limitando las posibilidades de crecimiento en cobertura y reconocimiento por estos medios masivos.

La fuente de financiación actualmente de la LSCC se basa en la prestación de los servicios (consultas, venta de medicamentos y procedimientos) y algunas donaciones voluntarias por lo tanto es importante la inversión y el avance tecnológico, al igual que el fortalecimiento interinstitucional (crecimiento vertical e integración) para reducir los impactos de los competidores.

Seguido del análisis situacional de la realidad presentada se menciona la matriz de estrategias que abordan y marcan un curso de acción consciente deseado y determinado de forma anticipada, con la finalidad de asegurar el logro de los objetivos, políticas y metas institucionales planteadas en el cuadro 3 que a continuación se muestra.

Cuadro 3: Estrategias DOFA

FO	DO
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rediseño de la plataforma estratégica que tiene actualmente la LSCC.</li> <li>✓ Ampliación y mejora continua (avance tecnológico) de instrumentos utilizados en los procedimientos médicos realizados en la LSCC.</li> <li>✓ Apoyo en los procesos, programas y servicios establecidos por el departamento de Trabajo social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseño e implementación del SIAU.</li> <li>✓ Implementación de un sistema de auditoría para la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de Salud en la LSCC.</li> </ul>
FA	DA
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Integración para el fortalecimiento y complementación interinstitucional.</li> <li>✓ Diversificación del portafolio de servicios que tiene actualmente la LSCC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Organización e implementación de las Tecnologías de la información y de la comunicación para la promoción y el reconocimiento social de los servicios ofrecidos en la LSCC.</li> <li>✓ Diseñar e implementar una nueva metodología y / o técnicas para la ilustración a los usuarios de la LSCC.</li> </ul>

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en la LSCC, durante el Segundo semestre del año 2010.

Una vez realizada la matriz de estrategia (cuadro 3) y partiendo de la realidad analizada, se determina que es de gran interés en estos momentos por parte de la LSCC realizar y / o desarrollar procedimientos que contribuyan a fortalecer los procesos internos, debido a que se están preparando para la habilitación en calidad y se tiene planteado como meta institucional la obtención de la certificación de Calidad en la prestación de servicios de salud. Por otra parte también es relevante reconocer que la priorización de estrategias para la intervención también obedece a los aspectos referidos al quehacer profesional del Trabajo Social y el aporte que desde lo social se puede brindar. Por lo anterior mencionado se considera pertinente desarrollar e implementar estrategias con miras en mejorar la calidad de los servicios y las relaciones usuario – institución por lo tanto se planteó el desarrollo de la siguiente matriz de priorización de estrategias como se muestra en el cuadro 4.

**Cuadro 4: Priorización de estrategias**

Estrategias	Criterios de Selección					
	Impacto	Probabilidad de logro	Presupuesto <sup>49</sup>	Factibilidad para su desarrollo	Relación costo beneficio	Resultado
Rediseño de la plataforma estratégica que tiene actualmente la LSCC.	3	4	1	3	4	15
Ampliación y mejora continua (avance tecnológico) de instrumentos utilizados en los procedimientos médicos realizados en la LSCC.	5	3	1	3	5	17
Apoyo en los procesos, programas y servicios establecidos por el departamento de Trabajo social.	5	5	5	4	5	24
Diseño e implementación del SIAU.	5	4	5	5	5	24
Implementación de un sistema de auditoría para la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de Salud en la LSCC.	5	5	3	4	5	22
Integración para el fortalecimiento y complementación interinstitucional.	5	3	1	2	4	15
Diversificación del portafolio de servicios que tiene actualmente la LSCC.	5	2	1	3	4	15
Organización e implementación de las Tecnologías de la información y de la comunicación para la promoción y el reconocimiento social de los servicios ofrecidos en la LSCC.	5	3	1	3	5	17

<sup>49</sup>(1) requerirá una inversión alta y (5) requerirá una inversión baja

Diseñar e implementar una nueva metodología y / o técnicas para la ilustración a los usuarios de la LSCC.	4	4	1	5	4	18
---	---	---	---	---	---	----

Las siguientes estrategias mencionadas surgen como resultado de la matriz de priorización implementada en la LSCC de acuerdo a la evaluación preponderada en relación a criterios de impacto, probabilidad de logro, presupuesto, entre otros donde 1 (menos viable) y 5 (la más probable):

1. La implementación de un sistema de auditoría para la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de Salud en la LSCC.
2. El diseño e implementación del SIAU.
3. Apoyo en los procesos, programas y servicios establecidos por el departamento de Trabajo social

Teniendo en cuenta la necesidad de un sistema de gestión para la calidad debido a que existen factores internos que debilitan el valor agregado de eficacia y calidad definidos por las normas y los estándares que rigen las instituciones prestadoras de servicios de salud, se hace necesario desarrollar el siguiente objetivo estratégico de intervención profesional el cual está basado o surge seguidamente del análisis detallado y priorización de las principales y urgentes problemáticas que deben ser abordadas desde trabajo social de acuerdo a la realidad actual estudiada interna y externa de la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer “Fortalecer la calidad de los servicios de salud que se prestan actualmente, a través del diseño e implementación de un sistema integral de información y atención al usuario y la puesta en marcha de la auditoría del servicio con el fin de contribuir en el cumplimiento de la política de calidad establecida por la institución con miras en aportar a la obtención de la certificación de calidad ISO 9001 a través de la ejecución de objetivos para el desarrollo humano e institucional con el fin de

mejorar la calidad la atención del usuario, mejorando las relaciones y/o la comunicación entre el usuario – y la institución en la prestación de los servicio; además garantizar procesos realizados con estándares de calidad exigidos por los entes acreditadores en salud”.

Para dar cumplimiento al anterior objetivo estratégico, se formulan, a continuación los siguientes objetivos estratégicos secundarios:

- Fortalecer los procesos internos de evaluación en calidad de los servicios prestados por la institución.
- Organizar el sistema de atención integral al usuario a través del diseño e implementación del SIAU para fortalecer los procesos de comunicación usuario- institución.
- Atender oportunamente los procesos, servicios y/o programas que demande la población usuaria de la LSCC con el fin de contribuir al fortalecimiento de los asuntos internos y las funciones realizadas en el departamento de Trabajo Social.

Para dar cumplimiento al objetivo de intervención se desarrollaran los siguientes planes operativos que detallan las acciones estratégicas a desarrollar, sus respectivas metas e indicadores que se ejecutaran en el proceso de intervención profesional y detalles de los avances y resultados del mismo.

Cuadro 5: Objetivo estratégico 1.

<b>OBJETIVO 1</b>	Fortalecer los procesos de atención al usuario a través de la evaluación en calidad de los servicios prestados por la institución.		
<b>ESTRATEGIA:</b>	Implementación de la participación del usuario con un sistema de auditoría para la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de Salud en la LSCC.		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>

<p><b>1.</b> Revisión y estudio de la fundamentación teórica de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud específicamente el PAMEC de la LSCC.</p>	<p>Organizar el marco teórico de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en la LSCC.</p>	<p>Marco teórico o fundamentación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud - PAMEC desarrollado por la LSCC.</p>	<p>Fundamentación del Pamec (Plan de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad en Salud) institucional Lscc, realizado en la semana del 20 al 24 de diciembre de 2010.</p>
<p><b>2.</b> Identificación de los principales problemas de calidad en la LSCC (procesos prioritarios).</p>	<p>Tipificar el 100% de los principales problemas de calidad en la organización.</p>	<p>Definición de los principales problemas en la organización (procesos prioritarios).</p>	<p>Revisado el Pamec institucional, se identifican los siguientes problemas de la institución :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Atención al usuario</li> <li>- Apoyo diagnóstico (Citología y Patología).</li> <li>-Apoyo diagnóstico consulta externa y procedimientos menores.</li> <li>-Consulta externa y procedimientos menores</li> <li>- Promoción y Prevención</li> </ul> <p>Posteriormente se priorizó los procesos, con base en cada acción que genera el riesgo y a través de la matriz Riesgo, Costo, Volumen y Probabilidad, según la Metodología del ABC de Mejoramiento del MBPS.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención al usuario.</li> <li>- Apoyo diagnóstico (Citología y Patología).</li> <li>- Apoyo diagnóstico consulta externa y procedimientos menores.</li> </ul>
<p><b>3.</b> Definición de la calidad deseada para el sistema y elaboración de planes de mejoramiento</p>	<p>Establecer el 100% de los estándares e indicadores de calidad en la LSCC.</p>	<p>Marco de estándares y/o indicadores de calidad.</p>	<p>Se define en el Pamec Institucional, los siguientes indicadores de calidad: Satisfacción y Aquel Definido por la Queja</p>

consistentes con los problemas de calidad identificados.			Puntual. Seguridad Accesibilidad Oportunidad Eficiencia
4. Establecimiento de lineamientos y metodología de evaluación y seguimiento a los servicios de salud realizados por la LSCC.	Construir la metodología de evaluación y seguimiento a los servicios de salud en la LSCC.	Definición de la metodología y las variables para la evaluación y seguimiento de los procesos en salud realizados por la LSCC.	<p>Dentro del plan de acción para mitigar las falencias que presentan los procesos prioritarios en la LSCC se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diseño de Programa de Auditoria para el Análisis Semestral de Encuestas al Cliente Externo.</li> <li>- Diseño de Protocolo Institucional de Reporte de Quejas y Reclamos.</li> <li>- Diseño de Protocolo Institucional de Entrega de Resultados.</li> <li>- Diseño de Protocolo Institucional de Reporte y Gestión del Evento Adverso.</li> </ul> <p>Dentro de las técnicas a usar en la auditoria se encuentra: las encuestas de satisfacción, los formatos de recepción de quejas y reclamos por parte de los usuarios y el diseño de los protocolos de procesos y procedimientos.</p>
5. Evaluación y seguimiento de procesos prioritarios.	Dar cumplimiento al 100% de las actividades de seguimiento de los procesos prioritarios realizadas.	Número de actividades de evaluación y seguimiento / Número de actividades de evaluación y seguimiento planeadas para revisar x 100	<p>Se implementaron las técnicas e instrumentos definidos para determinar las acciones preventivas y/o correctivas a realizar para mejorar la prestación en los servicios de salud en la LSCC.</p> <p>Se aplicaron 15 encuestas de satisfacción al usuario, dos encuestas relacionadas con el uso de los servicios de la</p>

			institución, se recibieron dos quejas durante el 27 de diciembre de 2010 y el 17 de enero de 2011.
6. Seguimiento de los planes formulados.	Realizar el 100% del seguimiento al final de la implementación de los planes de mejoramiento.	Número de corrección y de desviaciones identificadas en el proceso.	De acuerdo con la evaluación de las encuestas de satisfacción aplicadas, las quejas, reclamos y sugerencias sistematizadas, se determina que se deben realizar las siguientes acciones correctivas para mejorar la calidad en la prestación del servicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitación al personal de la LSCC acerca de la comunicación asertiva y calidad en la prestación del servicio, para mejorar la relación institución- usuario.</li> <li>- Definición y reconocimiento de funciones específicas y propias de los cargos que componen la LSCC.</li> <li>- Agilizar el proceso de entrega de resultados de patología.</li> </ul>

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

### DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN:

Como Institución Prestadora de Servicios de Salud involucrada en el Sistema General de la Seguridad Social la Liga santandereana de Lucha contra el cáncer, tiene el compromiso Institucional del mejoramiento continuo para alcanzar altos niveles de calidad en la atención, que se expresa en la satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos.

Es así como el mejoramiento de la calidad ha sido un objetivo gerencial, que ha calado en cada uno de los miembros de la organización y reforzada por un alto compromiso social de trabajo con las comunidades menos favorecidas económicamente.

En consonancia con este propósito La Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer, ha diseñado un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC), centrado en la atención de sus usuarios (clientes internos y externos).

Este aborda una definición de Auditoria como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación”.<sup>50</sup>

Ya teniendo el Pamec definido y/o diseñado institucionalmente es ineludible empezar con la implementación del sistema para la auditoría, la evaluación, el seguimiento y el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de los servicios de Salud en la LSCC, por lo cual se inicia con la revisión del Pamec institucional para señalar los problemas de calidad e identificar los procesos que se consideran prioritarios institucionalmente, para la preparación de la habilitación institucional; a continuación se mencionan los procesos de interés por mejorar en la LSCC:

El primero está relacionado con la Atención al Usuario que carece actualmente de un proceso sistemático y periódico que permita monitorizar y gestionar las sugerencias, solicitudes, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios, se presentan quejas (dos) relacionadas con la atención en caja y no hay un adecuado direccionamiento del paciente frente al servicio ofertado.

---

<sup>50</sup>Programa de Auditoria Para el mejoramiento de la Calidad - PAMEC - Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.

Lo relacionado con el apoyo diagnóstico (Citología y Patología): presenta falta de privacidad en la entrega de resultados, además se muestra demora y desorden para la entrega de los resultados.

El apoyo diagnóstico consulta externa y procedimientos menores tiene dificultades en cuanto a la alta Incidencia en el Retardo en la Atención Programada, el no cumplimiento de la agenda de Consulta Externa y la no existencia de un plan de contingencia en ausencia de un profesional afectando de esta forma la fidelidad de los usuarios.

Otra debilidad en los procesos que desarrolla la LSCC está relacionada con la promoción y la prevención debido a que se carece de actividades de efectivas frente a los Factores de Riesgo Identificados y se visibiliza dificultad al acceso por parte de los usuarios.

Los anteriores problemas de calidad descritos son los cuatro fundamentales procesos que ameritan de planes de acción para mejorar e incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención en el servicio prestado institucionalmente; seguidamente se continuó con la selección de los procesos los cuales presentaron riesgos durante el Proceso de Autoevaluación institucional.

Posteriormente se priorizaron los procesos, en base a cada acción que genera el riesgo y a través de la matriz Riesgo, Costo, Volumen y Probabilidad omatriz de evaluación y ponderación de los riesgos; siguiendo la Metodología del ABC de Mejoramiento del MBPS, los procesos que se tomaron para la mejora son aquellos que presentaron una calificación igual o superior de 400 puntos, al multiplicar las variables definiendo los siguientes:

- ATENCIÓN AL USUARIO
- APOYO DIAGNOSTICO

- APOYO DIAGNOSTICO, PROCEDIMIENTOS MENORES Y CONSULTA EXTERNA

Definidos los procesos prioritarios de atención en los servicios de salud para mejorar la calidad y la prestación de los mismos se requiere definir y desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios frente a los servicios a recibir en la institución con el fin de implementar acciones preventivas para el logro de los resultados esperados.

El Pamec Institucional plantea los siguientes indicadores de calidad esperada que se han definido por el proceso priorizado y el riesgo a intervenir y el atributo de calidad a mejorar: Satisfacción, Seguridad, Accesibilidad, Oportunidad y Eficiencia.

Teniendo los procesos prioritarios determinados y la calidad esperada definida, se diseñan e implementan los planes de acción para mitigar las falencias que presentan los procesos prioritarios en la LSCC entre ellos están:

- Diseño de Programa de Auditoria para el Análisis Semestral de Encuestas al Cliente Externo.
- Diseño de Protocolo Institucional de Reporte de Quejas y Reclamos.
- Diseño de Protocolo Institucional de Entrega de Resultados.
- Diseño de Protocolo Institucional de Reporte y Gestión de Eventos Adversos.

Definidos ya los objetivos de intervención para mejorar la calidad de los procesos que presentan falencias en la LSCC se definen las técnicas a usar para la auditoría, entre estas están la aplicación de encuestas de satisfacción para tener en cuenta la opinión de la calidad del servicio percibida por el usuario, la aplicación de encuestas relacionadas con los motivos de uso de los servicios de la LSCC para identificar el reconocimiento en el mercado, el diseño

de los formatos para la recepción de quejas y reclamos pues actualmente no existe y de algún modo generar participación del usuario en los procesos de mejoramiento de la prestación del servicio y los protocolos institucionales relacionados con la entrega de resultados, el reporte de quejas y reclamos y el reporte y gestión de eventos adversos con el fin de definir y determinar la ruta de acceso, la serie de pasos y el esquema del proceso que se debe realizar para delegar responsabilidades y cumplimiento de las mismas (ver anexo A, B, C).

El sistema para auditoria de calidad en salud, es un proceso desarrollado desde la auditora médica de la institución, la dirección ejecutiva y trabajo social haciéndose pertinente desde trabajo social desarrollar lo relacionado con la atención al usuario.

Siguiendo el orden lógico de las acciones estratégicas definidas para dar cumplimiento al objetivo, se realiza seguidamente las actividades de evaluación y seguimiento de los procesos definidos como prioritarios institucionalmente aplicando la metodología y las técnicas definidas y pertinentes a la calidad que se desea evaluar y mejorar en la misma.

Durante el desarrollo de la práctica profesional en trabajo social se realizó la aplicación de diez encuestas de satisfacción al usuario, dos encuestas relacionadas con el uso de los servicios de la institución y se recibieron dos quejas. Ver Anexos (A, B, C), seguidamente de su aplicación se hace la tabulación y sistematización correspondiente para definir la percepción de calidad del servicio por parte del usuario obteniendo como resultados positivos en cuanto a la orientación, asesoría y atención brindada y recibida por parte las dependencias que hacen parte de la liga (recepción, trabajo social, caja, toma de datos, médico, entre otros) pues están en el intervalo de calificación excelente y bueno.

Al contrario pasa con las preguntas relacionadas con la asignación de las citas y el tiempo de espera para ser atendido pues el lapso que predominó en las encuestas estudiadas está de 4 a 6 y de 7 a 10 días en asignar una cita y entre 11 a 20 minutos en ser atendido en una cita programada lo cual afecta y aumenta la deserción por parte del paciente, no se presentaron sugerencias en la parte que está estipulada en las encuestas pero si recibió una sugerencia verbal con respecto a la información que se suministra a la hora de llamar a la paciente para recordar la cita, pues manifestó que dejan la razón con un familiar de información no solo del día, la hora y el médico sino el tipo de procedimiento o motivo de la consulta del paciente, faltando a la privacidad médica y generando preocupación en los familiares del mismo por la cantidad y la calidad de la información que se está ofreciendo por parte de las personas que realizan las llamadas por lo tanto se sugiere discreción, precaución y asertividad por parte de las mismas.

Con respecto a las quejas y reclamos se recibieron dos durante el tiempo de ejecución del proceso de evaluación y seguimiento relacionadas: la primera con la falta de orientación adecuada para la asignación de una cita personalmente, pues el usuario fue remitido a tres dependencias (recepción, auxiliar de dermatología, trabajo social) y ninguna daba razón de la solicitud del mismo faltando a la fidelidad del usuario y deteriorando al mismo tiempo la calidad del proceso de asignación de citas y atención al usuario y la segunda en relación con la demora en la entrega de los resultados de las citologías que son enviadas a segunda revisión (patología) debido a que las señoras cuentan con los cuatro días hábiles de entrega para programar la cita de control en su seguridad social y al tener que esperar cuatro días más para ser revisada por el patólogo, causa molestias, incomodidades e inconformidades con algunas pacientes, contribuyendo de esta forma a la deserción del paciente de los servicios que presta la LSCC.

En relación con las encuestas que evalúan los motivos o las razones de uso de los servicios de la liga se encuentra que la mayoría de las personas conocen de la LSCC por dos motivos preponderantes el primero relacionado con la recomendación de un amigo y la segunda debido a una charla que asistió. Con respecto a las razones por la que utiliza el servicio hacen referencia mayoritariamente por la experiencia y confianza en los servicios de la liga, personal capacitado y la calidad de la atención, al hacer el análisis respectivo se concreta que los medios de comunicación como radio, televisión e internet podrían ser una fuente para dar a conocer los servicios que presta la LSCC para ampliar su cobertura dado que es importante hacer uso de las tecnologías de la información y la comunicación para generar impacto en otros grupos etáreos como los adolescentes; pasando al segundo aspecto más relevante de la encuesta con relación a las razones por las cuales usan el servicio es de resaltar que existen procesos que deterioran la calidad en la atención al usuario como la impuntualidad en la atención de la cita, el costo, la demora en la asignación de las citas, entre otros, pero no son factores que quiten o deterioren la calidad de los servicios de salud prestados por la liga pues el usuario presenta confianza en los servicios de la institución en la capacidad profesional y la calidad de los servicios médicos ofrecidos actualmente, pero es de vital importancia que la LSCC trabaje en los problemas de calidad que presenta actualmente pues se está preparando para una habilitación y tiene como meta institucional obtener la certificación de calidad. Además son factores que van deteriorando la satisfacción del usuario y con ello el incumplimiento de la política de calidad institucional.

Ya implementadas las herramientas y técnicas para la auditoria en relación al usuario específicamente su atención se realiza el seguimiento al cumplimiento de los planes formulados y la propuesta de planes de acción (mencionados y desarrollados en el Pamec Institucional; cito algunos como: el Diseño de Programa de Auditoria para el Análisis Semestral de Encuestas al Cliente

Externo, el Diseño de Protocolo Institucional de Reporte de Quejas y Reclamos, Diseño de Protocolo Institucional de Entrega de Resultados y el Diseño de Protocolo Institucional de Reporte y Gestión del Evento Adverso) que contribuyan a mitigar los efectos negativos y los problemas de calidad en relación a la atención al usuario.

Partiendo de la evaluación, la tabulación, la sistematización y el análisis de las encuestas, quejas y reclamos es pertinente realizar acciones encaminadas a mejorar los procesos por lo tanto se propone: Capacitación al personal de la LSCC acerca de la comunicación asertiva y calidad en la prestación del servicio para mejorar la relación institución- usuario, además definir, divulgar, reconocer y ejercer las funciones específicas y propias de los cargos que componen la LSCC al igual es muy importante agilizar el proceso de envío, recepción, registro, seguimiento y entrega de las citologías que son enviadas a segunda revisión por prevención a patología.

Cuadro 6: Objetivo estratégico 2.

<b>OBJETIVO 2</b>	Organizar el sistema de atención integral al usuario a través del diseño e implementación del SIAU para fortalecer los procesos de comunicación usuario- institución.		
<b>ESTRATEGIA:</b>	Diseño e implementación del SIAU.		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
1. Realizar el ejercicio de fundamentación teórica – conceptual del SIAU para su diseño.	Definición de la fundamentación para del SIAU en las instituciones prestadoras de servicios de salud.	Documento con el marco Teórico o fundamentación del SIAU.	Fundamentación del SIAU realizado en la semana del 20 al 24 de diciembre de 2010.
2. Documentación y Diseño del SIAU.	Diseñar el SIAU institucional.	Estructura funcional del SIAU en la institución.	Estructura funcional del SIAU definida entre la semana del 20 al 24 de diciembre 2010.
2. Presentación a las directivas y personal de la institución del SIAU.	Evaluar el 100% de la asistencia tanto de los directivos como del personal de la	Número de directivos y personal que asistieron a la presentación /	Debido a que gran parte de los directivos estaban de vacaciones además de la finalización del

	institución en la presentación del SIAU.	Número de directivos y personal convocados para la presentación x 100	calendario institucional no se realizó la presentación oficial del SIAU a los mismos en las fechas que se tenían estipuladas para esta actividad.
<b>3. Socialización del Servicio a los usuarios asistentes a la LSCC.</b>	Participación del 90% de los usuarios asistentes a la socialización.	Número de usuarios que participaron de la socialización / Número de usuarios esperados para la socialización del SIAU x 100  100 %	Se desarrollaron tareas dirigidas a los usuarios que asistían a las dependencias y especialidades para sensibilizar acerca de la importancia de calificar, expresar y participar (escrita y/o verbalmente) en las inconformidades, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones al servicio prestado para mejorar la calidad del servicio ofertado.  No se logró la socialización como tal pues se disminuye significativamente la asistencia de los usuarios finalizando e iniciado el año calendario.
<b>4. Implementación del Servicio integral de atención al usuario (Recepción de quejas, reclamos, sugerencias, aplicación de encuestas).</b>	Aplicación del 100% de los soportes del SIAU (encuestas, quejas, reclamos y sugerencias).	Número de encuestas, quejas, reclamos, sugerencias recepcionadas / Número de formatos proyectados para recepcionar x 100 100 %	Esta implementación está muy ligada al sistema de auditoría para la calidad del servicio por lo tanto se realizaron 10 encuestas de satisfacción, recepción de dos quejas, una sugerencia verbal y diseño del formato de sugerencias por parte del usuario(Ver anexo D) .
<b>5. Evaluación de la</b>	Participación del	Número de	El balance con respecto

participación de los usuarios en el proceso que se ha realizado.	90% de los usuarios asistentes a los servicios de la LSCC.	usuarios participantes en el mes de Febrero de 2011 / Número de usuarios asistentes a la institución en el mes de Febrero de 2011 x 100	a la participación fue positivo debido que a pesar de la temporada (navideña) y finalización del calendario institucional en la que se desarrolló, se contó con la cooperación de doce usuarios de los servicios, pero se hace necesario y pertinente realizar la socialización del sistema de información a la mayoría de los usuarios de la LSCC con el fin de generar mayor impacto y se adquieran más herramientas para corregir las debilidades con respecto a la calidad de los procesos en la atención del usuario en la LSCC.
--	--	--	---

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

### **DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN:**

Para la fundamentación del sistema de Información y atención al Usuario se hace necesario describir el valor desde la perspectiva de la calidad y su contribución al Sistema de Gestión de la Calidad como integrante de los Medios de Comunicación e interacción usuario-institución. En otras palabras calificar la importancia de la información que recoge esta herramienta radicada en la medida en que tiene acceso al conocimiento y registro físico de la percepción de los usuarios de la Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer sobre la Calidad en la atención y prestación del servicio y de este modo constituir la base para realizar planes de acción que contribuyan al mejoramiento continuo de los procesos institucionales.

Debido a que la LSCC se prepara para una habilitación y se tiene definido entre los procesos prioritarios del Pamec institucional la atención del usuario puesto que presenta algunos problemas de calidad en sus procesos, es pertinente desde la intervención de trabajo social abarcar y generar espacios que promuevan la participación y a la vez permita conocer la percepción como anteriormente se había mencionado con el fin de evaluar la calidad de los servicios prestados a los usuarios a través de un sistema de información; por lo tanto el SIAU en la LSCC pretende aportar y fortalecer los procesos de toma de decisiones por parte de la administración y funcionarios que prestan los servicios de salud a través de un instrumento que contribuya al fortalecimiento de la relación en la comunicación usuario-institución para mejorar la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud; asimismo contribuir en la construcción de medios adecuados para la protección y promoción de los derechos y deberes de los usuarios y el diseño de planes de mejoramiento continuo de la calidad institucional.

Es así como partiendo del análisis situacional a nivel interno y externo institucional y la revisión de los procesos prioritarios establecidos en el PAMEC institucional que define las debilidades o los procesos que presentan problemas de calidad y merecen de un acompañamiento, seguimiento o vigilancia para mejorar en lo relacionado con la atención del usuario se configura un campo de acción específico para Trabajo Social como profesional.

Definida la parte funcional del SIAU institucional, en lo relacionado al apoyo de los procesos de calidad, se sigue el orden de acciones estratégicas planteadas para el desarrollo de este objetivo; en el tercer momento de este plan operativo está indicado la presentación a los directivos de la institución; pero por motivos de la finalización del calendario institucional no se realizó una presentación oficial del sistema de información y atención al usuario institucional planteado por la estudiante en prácticas de trabajo social haciéndose necesario cambiar la

estrategia de socialización personalizada para continuar con el cronograma de trabajo planteado y así adelantar el proceso de conocimiento y sensibilización de la herramienta con el personal tanto interno como externo que asistió a la Liga durante el tiempo estipulado para la práctica académica.

De la misma forma este ejercicio permitió evaluar el impacto o realizar una prueba piloto del sistema; siguiendo lo anterior se realizaron una cadena de actividades puntuales de sensibilización a los usuarios que asistieron a las dependencias o consultorios pues debido a la temporada de finalización de actividades institucionales la cantidad de la demanda de los servicios disminuye significativamente haciéndose necesario realizar actividades puntuales con los asistentes y no una socialización como tal, pues no generaría mayor impacto y sería un desgaste debido a que no se alcanza a cumplir la meta de participación para evaluar una socialización.

Esta sensibilización tenía como meta principal el dar a conocer la importancia de participar, calificar y de expresar (escrita y/o verbalmente) las inconformidades, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones al servicio prestado para mejorar la calidad del servicio ofertado acompañada de la estrategia de la demanda inducida con los formatos y asimismo motivar la participación además de reconocer la importancia de su opinión en el mejoramiento del servicio; de igual importancia fue pertinente empezar por educar para hacer uso de estos mecanismos de participación social y control de calidad de los servicios de salud.

Efectuar el ejercicio de socialización personalizado con los usuarios permitió desarrollar destrezas y habilidades comunicativas y de persuasión profesionalmente debido a que presentaban cierto temor en cuanto a suministrar quejas, reclamos y sugerencias al servicio a nombre propio, pues se tiene la percepción de que la quejar y el reclamo no siempre son muy bien

recibidos o en algunos casos es castigado; por lo tanto fue de gran importancia el uso de la comunicación asertiva para estimular la participación en los beneficiarios y/o receptores de la atención y de los servicios de salud.

La implementación del sistema de información y atención al usuario está muy ligada al sistema de auditoría para la calidad del servicio por lo tanto se realizaron diez encuestas de satisfacción, recepción de dos quejas, una sugerencia verbal y diseño del formato de sugerencias (Ver anexo D); es importante diferenciar las funciones de la información recepcionada tanto para el SIAU que apoya, aporta, orienta y focaliza la información recibida y para la auditoría que implementa los planes de acción para corregir los problemas en los procesos de calidad percibidos; es pertinente mencionarlo pues la información recolectada tiene diferentes fines pero buscan el mismo objetivo.

Realizado el proceso de implementación del SIAU y siguiendo el orden de las acciones estratégicas se ejecuta una evaluación del ejercicio profesional desarrollado, obteniendo como resultados un balance tangible con respecto a la participación, fue positivo debido que a pesar de la finalización del calendario institucional en la que se implementó, se logró la participación de doce usuarios de los servicios, siendo pertinente realizar la socialización del sistema de información a la mayoría de los beneficiarios de la LSCC con el fin de generar control o veeduría de la calidad y se adquieran más herramientas y/o opiniones para verificar, controlar o corregir las debilidades con respecto a la misma de los procesos en la atención del usuario y en la prestación de los servicios en la LSCC.

Cuadro 7: Objetivo estratégico 3.

<b>OBJETIVO 3</b>	Atender oportunamente los procesos, servicios y/o programas que demande la población usuaria de la LSCC con el fin de contribuir al fortalecimiento de los asuntos internos y las funciones realizadas en el departamento de Trabajo Social.		
<b>ESTRATEGIA:</b>	Apoyo en los procesos, programas y servicios establecidos por el departamento de Trabajo social.		
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>AVANCES DEL PROCESO</b>
1. Participar en las jornadas de ilustración a la población santandereana que requieren de la capacitación en la prevención del cáncer.	Realizar el 100% de las ilustraciones programadas a la población santandereana.	Número de asistentes o participantes a las ilustraciones realizadas / Número asistentes o participantes a las ilustraciones programadas x 100	Este proceso se realizó desde el inicio de la práctica y se desarrollaron 25 ilustraciones a niños y niñas de 15 instituciones públicas del área metropolitana de Bucaramanga, relacionadas con la alimentación saludable en la prevención del cáncer específicamente el gástrico.
2. Realizar la entrega de resultado de citologías e interpretación de las mismas.	Entrega del 100% de reportes de resultados de citologías y orientación a las usuarias que asisten a la LSCC.	Número de citologías con patologías entregadas / Número de citologías existentes en el archivo de Trabajo Social con diagnóstico de patología x 100	Durante el tiempo de la práctica se entregaron 392 reportes o resultados de citología al igual se realizó la orientación de las pacientes que asistieron al departamento de trabajo social de la LSCC.
3. Seguimiento y orientación a pacientes con diagnósticos de patologías.	Realizar el 100% de las llamadas proporcionadas para el seguimiento del usuario y su registro correspondiente.	Número de pacientes a los que se les realizó seguimiento / Número de usuarios para realizar seguimiento existentes en la base de datos x	Se realizó seguimiento durante el tiempo de la práctica de 467 pacientes, se efectuaron las llamadas proporcionadas por el sistema y su

		100	registro correspondiente tanto a nivel regional como nacional.
4. Elaboración de informes estadísticos institucionales y nacionales relacionados con la cantidad de usuarios atendidos en la LSCC.	Elaboración del 100% de los informes que se deben entregar mensualmente a la Liga Colombiana contra el Cáncer.	Número de informes realizados / número de informes a elaborar en el mes x 100	Solo se realizó un informe estadístico institucional y nacional durante el tiempo de la práctica puesto que son procesos que maneja directamente la trabajadora social de planta de la LSCC debido a que se encontraba en temporada de vacaciones. Por parte de la estudiante en prácticas no se pudo elaborar más pues se presentaba la falta de supervisión por parte de la directamente responsable.

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

### DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN:

**1. Jornadas de Ilustración:** Este proceso se llevó a cabo desde el inicio de la práctica y se desarrollaron 25 ilustraciones a niños y niñas del grado quinto de primaria de 15 instituciones públicas del área metropolitana de Bucaramanga concretamente estratos 1 y 2 ver tabla 5 que a continuación se muestra. La selección de las instituciones fue de acuerdo a los calendarios académicos, el

permiso, interés y espacio brindado por los docentes, los coordinadores y los rectores para el desarrollo de la charla educativa relacionada con la alimentación saludable en la prevención del cáncer específicamente el gástrico. Con respecto a la selección de la población a intervenir fue fundamental debido a que son niños y niñas que se encuentran en una etapa del ciclo vital de aprendizaje constante, receptivo y multiplicador a través del dialogo y el juego con sus pares, familiares y entorno.

Las jornadas de Ilustración se desarrollaron con una metodología participativa, lúdica y dinámica que permitió: Alta receptividad y motivación por parte de los y las estudiantes de las instituciones educativas al tema trabajado (alimentación saludable) en las charlas educativas. Se contó con la disponibilidad e interés por parte de los rectores, de los docentes y de su grupo de trabajo por facilitar y brindar un espacio para realizar la ilustración a los niños(as) de las instituciones académicas. Además con el reconocimiento por parte de los rectores de las instituciones educativas de brindar u ofrecer educación integral y en especial educación para la salud con miras en la prevención de enfermedades futuras. Al igual se fortaleció en los niños (as) de las instituciones educativas visitadas, el papel de multiplicadores o reproductores de información en sus familias, en sus barrios y en sus comunidades. Es de resaltar que el proceso de acercamiento institucional fue desgastante debido a que los colegios tienen calendarios, metas institucionales y un cronograma de actividades establecidas de difícil modificación, por lo tanto esto obligo a reducir la cantidad de colegios a intervenir a 15 instituciones educativas para lograr los objetivos planteados inicialmente.

El tema de las charlas fue definido por la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, debido a que se destinó unos recursos con el fin de subsidiar unas endoscopias o examen de EVDA a personas de estratos 1 y 2 del área metropolitana de Bucaramanga y se definió desde el departamento de trabajo

social de la LSCC desarrollar jornadas de ilustración en Colegios oficiales con el fin de dar la oportunidad a personas que no tienen la capacidad económica de costear el examen que tiene un costo elevado además de motivar e incentivar la consulta con gastroenterología en los adultos pues es una de las que presenta menor registro y es uno de los cánceres (estómago) que registra mayor mortalidad e incidencia en los hombres mayores de cuarenta años.

Tabla 5: Listado de Colegios e Instituciones Educativas Intervenidas.

<b>COLEGIO-INSTITUCIÓN</b>	<b>RECTOR- COORDINADOR</b>	<b>DIRECCIÓN</b>
Colegio Metropolitano del Sur – Sede B	<b>Coordinador</b> LUIS ANTONIO VELASCO	Cra. 4 No. 15-11 Santa Ana
Colegio Metropolitano del Sur – Sede C	<b>Coordinador</b> JESÚS ARIZA	Cra. 31 N. 11 A-26 El dorado
Colegio Metropolitano del Sur – Sede D	<b>Coordinador</b> JESÚS ARIZA	Cll. 2 N. 12-32 Villabel
Instituto Gabriel García Márquez	<b>Rector</b> PABLO ROQUE REYES	Avenida Bucarica N. 36-170
Instituto Madre del Buen Consejo Sede A	<b>Rector</b> CESAR ENRIQUE MONSALVE	Cll 19 N. 14-09 Ciudad Valencia
Instituto Madre del Buen Consejo Sede B Mañana	<b>Coordinadora</b> CLARA INÉS PEÑA	Cll 14 N. 13-20 Villabel
Instituto Madre del Buen Consejo Sede B	<b>Coordinadora</b> CLARA INÉS PEÑA	Cll 14 N. 13-20 Villabel
Instituto Madre del Buen Consejo Sede D	<b>Coordinador</b> LUIS ALBERTO BARRERA	Cll 153 A N. 21- 36 El progreso
Colegio Técnico Vicente	<b>Rector</b>	Cll 49 N. 4 - 73 Lagos

COLEGIO-INSTITUCIÓN	RECTOR- COORDINADOR	DIRECCIÓN
Azuero Sede B	JOSUÉ ORLANDO VILLAMIZAR	II
Colegio Técnico Vicente Azuero Sede C	<b>Rector</b> JOSUÉ ORLANDO VILLAMIZAR	Cra. 10 N. 25- 12 Lagos I
Colegio Técnico Vicente Azuero Sede D	<b>Rector</b> JOSUÉ VILLAMIZAR	Vereda Río Frío
Instituto Tecnológico Salesiano Eloy Valenzuela- Sede C	<b>Rector</b> Padre GERMAN ROMERO	CII 25 N. 6-02 Barrio Girardot
Instituto comercial Bolivariano	<b>Rector</b> NEPOMUCENO URIBE CARREÑO	CII 33 N. 20-74
Colegio Balbino García - Sede C	<b>Rectora</b> ELSA JAIMES DE CARVAJAL	Cra. 13 N. 10-50 Piedecuesta
Colegio Balbino García - Sede D	<b>Rectora</b> ELSA JAIMES DE CARVAJAL	Cra. 4 N. 10-62 La Feria -

Fuente: Planeación realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

**2. Entrega Resultados Citología:** Durante el tiempo de la práctica se entregaron 392 reportes o resultados de citología al igual se realizó la orientación de las pacientes que asistieron al departamento de trabajo social de la LSCC.

Esta entrega de resultados son los registros de las citologías que ameritan por prevención pasar a una segunda revisión con el patólogo que corrobora o

profundiza en la primera impresión diagnóstica emitida por la citotecnóloga; esto con miras en evitar falsos positivos o errores en la lectura de las citologías y generar molestias innecesarias en las pacientes.

Debido a que algunas citologías requieren de esta segunda revisión, es muy frecuente que las pacientes lleguen a reclamar su resultado con sentimientos de angustia, preocupación e incertidumbre con respecto a sí es positivo o negativo, de ahí la importancia que desde Trabajo Social se brinde un ambiente de confiabilidad y tranquilidad para posteriormente realizar la lectura e interpretación del examen resaltando en el proceso que deben seguir para continuar con un tratamiento y seguimiento médico-social. Es de resaltar que el tiempo para la entrega de los resultados es limitado puesto que la demanda de los mismos lo determina así; por lo tanto es importante aprovechar y brindar tiempo de calidad, preciso y oportuno a cada paciente debido a la particularidad de los casos, con el fin de resolver inquietudes y sensibilizar a las pacientes en la continuación del conducto médico a seguir y en la toma de la citología para contribuir en la prevención, incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino.

**3. Seguimiento de Pacientes:** Se realizó seguimiento durante el tiempo de la práctica de 467 pacientes, se efectuaron las llamadas proporcionadas por el sistema y su registro correspondiente tanto a nivel regional como nacional.

Este proceso está ligado con la entrega de resultados, puesto que entregado el resultado se prosigue a realizar un seguimiento de carácter médico y social con el fin de recordar o conocer la decisión de la paciente con respecto al tratamiento además se persiste en el cumplimiento de las consultas, los compromisos y recomendaciones recibidas el día que se hizo la entrega y se interpretó el resultado de la citología. Lo anterior descrito tiene sentido en la medida que permite concienciar o sensibilizar al igual que el reiterar la

importancia de seguir el conducto regular para la prevención y detección precoz del cáncer cervicouterino.

Este seguimiento presenta ciertas dificultades en cuanto a que se maneja datos personales y en algunos casos es suministrada erróneamente la información (dirección, número telefónico, documento de identidad, entre otros) lo que limita la comunicación con el total de los pacientes registrados para el seguimiento social. La importancia de este proceso radica en la relevancia de la comunicación, información y acompañamiento permanente y seguro a la paciente con respecto a la persistencia en realizarse los procedimientos, el tratamiento y la toma de decisiones en las opciones para abordar los diagnósticos positivos o anormalidades cervicales.

**4. Elaboración informes:** Solo se elaboró un informe estadístico institucional y nacional durante el tiempo de la práctica puesto que son procesos que maneja directamente la trabajadora social de planta de la LSCC debido a que se encontraba en temporada de vacaciones. Por parte de la estudiante en prácticas no se pudo elaborar más pues se presentaba la falta de supervisión por parte de la directamente responsable.

Estos informes contienen los datos estadísticos de la entrega de resultados, número de consultas y procedimientos realizados por las especialidades ofertadas en la LSSC; Esta información es recolectada para que contribuya en la toma de decisiones, en el diseño e implementación de estrategias para el desarrollo y crecimiento institucional, estos son los principales usos que se da a las estadísticas. Los parámetros estadísticos actuales en la institución son muy limitados pues solo se observa número de asistentes y no se tienen en cuenta los diagnósticos, información que puede ser relevante para el diseño de proyectos, campañas e ilustraciones de acuerdo a una vigilancia

epidemiológica que responda a las necesidades reales de la población Santandereana.

## 5. EVALUACIÓN

Culminado el proceso de prácticas se realiza un ejercicio evaluativo que permita reconocer e identificar la situación actual, los avances de las problemáticas, de la parte metodológica, los contextos y las poblaciones intervenidas con el fin de expresar limitaciones u aportes que contribuyan y/o sirvan de base tanto para la institución solicitante y beneficiario del ejercicio académico como a los próximos (as) próximos estudiantes a vincularse académicamente para el adelanto de la práctica profesional planteada y finalmente en el crecimiento, desarrollo y progreso de la profesión misma. El ejercicio de trabajo social profesional actualmente exige la ruptura con el pragmatismo y lo empírico para hacer uso de la científicidad de la ciencias sociales y del conocimiento producido desde la profesión misma que se espera en los espacios de intervención en la realidad social de ahí parte la importancia que las prácticas profesionales para los estudiantes en formación se convierten en espacios de retroalimentación, aprendizaje continuo y reafirmación de los conocimientos, teorías, técnicas y metodologías propias del quehacer del trabajo social profesional radicando la importancia de estos espacios académicos para el crecimiento y desarrollo tanto personal como profesional; ofrecido así desde la escuela de Trabajo social con una formación integral a los/las estudiantes desde el plan de estudios que tiene vigente esta unidad académica adscrita a la Universidad Industrial de Santander.

El segundo ciclo o proceso de práctica para la intervención en trabajo social se convierte en un reto profesional debido a que ya terminadas las asignaturas contempladas en el plan de estudios, el compromiso y/o profesionalismo entran a actuar con mayor proporción por cuanto la formación metodológica y teórica para la acción esta culminada, y se pasa a un punto que pone a prueba los

conocimientos teórico-conceptuales y metodológicos adquiridos académicamente que califica y evalúa como profesionales. En relación a la evaluación de este segundo proceso de intervención es de manifestar que la Liga santandereana contra el Cáncer fue un espacio que permitió hacer uso de esos conocimientos y además permitió la aprehensión de nuevos temas propios del campo, dado que este exige la actualización, el manejo y orientación por parte de la estudiante en prácticas de un tema de salud pública como es el cáncer. Además ofrece un contacto directo con el/la usuario de la institución condescendiendo el desarrollo de destrezas en relación con la comunicación asertiva, el manejo de grupos de personas de diferentes grupos étnicos, resolución de conflictos, conocimientos y manejo de procesos e información interinstitucional para la orientación, el acompañamiento, atención y ubicación del usuario.

Al igual la institución ofrece el reconocimiento y posicionamiento de las funciones, habilidades y problemática a ser atendidas e intervenidas desde trabajo social profesional dando así herramientas y/o abriendo las posibilidades, la confianza y el espacio al estudiante en prácticas para la presentación de propuestas que mejoren y fortalezcan con los servicios y productos ofertados por la LSCC. Actualmente la LSCC cuenta con el departamento de Trabajo Social brindando así un espacio físico a igual apoyo tecnológico, logístico y de papelería para la realización de las funciones a desempeñar por la/el estudiante en prácticas respaldando así el ejercicio profesional de formación realizado por el mismo.

En relación al campo es importante resaltar que debido a que el profesional de Trabajo Social en la institución maneja varios campos de acción relacionados con la salud y el área organizacional amplía de esta forma las posibilidades en relación a la presentación de propuesta para intervenir las realidades; además al ser un campo nuevo posibilita y da la oportunidad de generar procesos e

intervenciones que generen impacto social e institucional. Teniendo en cuenta lo anterior los principales roles desempeñados profesionalmente durante el proceso de la práctica fueron de educador, orientador, motivador, defensor, gestor y promotor en salud; roles que facilitaron la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en este caso puntual del cáncer en los usuarios, comunidades o grupos poblacionales objeto de intervención al igual que en los procesos institucionales para el desarrollo y avance de la misma.

Al ser la primera vez que la Liga recibía apoyo académico de la escuela de Trabajo Social de la UIS se brindó toda la confianza, libertad y autonomía para el desarrollo de la propuesta, la metodología y la población objeto a la estudiante por lo tanto facilitaron y favorecieron el espacio académico de reflexión y análisis de la realidad percibida y vivida de la institución.

Un factor que dificultó el proceso está relacionado con el calendario institucional que se maneja pues las actividades masivas de educación para la salud con las campañas nacionales son desarrolladas en los meses de Marzo a Noviembre por lo tanto limitó la participación e intervención del estudiante debido al calendario académico del segundo semestre del 2010, lo cual llevó a direccionar la planeación a procesos internos prioritarios de apoyo desde trabajo social profesional como es la comunicación, la participación, el control y veeduría en la atención y prestación de los servicios de salud en Colombia.

La metodología de planeación estratégica utilizada para la intervención desde lo académico en trabajo social en relación al cumplimiento del objetivo de la práctica: “fortalecimiento de la calidad de los servicios prestados por la LSCC y la contribución con el mejoramiento de las relaciones usuario- institución”; permitió un análisis real e integral de la situación, el contacto directo con los usuarios, la retroalimentación constante del proceso, el aprendizaje relacionado con normas y estándares de calidad en salud y el desarrollo de

habilidades y destrezas profesionales guiadas con lineamientos de eficacia. En la etapa de ejecución de la propuesta, se obtuvo un balance positivo con respecto a la participación y compromiso de los usuarios en la evaluación con sugerencias, felicitaciones y quejas de los servicios en pro del mejoramiento y fortalecimiento de los mismos; al igual se generó el espacio de participación y comunicación directa y sin barreras usuario- institución dando cumplimiento así al objetivo de la intervención profesional anteriormente mencionado.

El profesional de Trabajo Social en salud generalmente desarrolla sus funciones en la parte de educación independientemente de la institución a la cual esté vinculado, convirtiéndose en un estereotipo en cuanto al rol de educadores, promotores y comunicadores para la promoción y la prevención de la salud, limitando y enmarcando así las acciones que desde lo profesional se pueden desarrollar u ofrecer en un espacio científico. Esto resulta importante en la medida en que se quiere cambiar o adherir nuevos roles diferentes a los tradicionales e insertarse desde lo social en otros espacios en este caso específico en procesos de calidad, presentándose ciertas restricciones de tiempo, de personal para atender funciones propias del departamento de trabajo social y en algunos casos la presencia de otras disciplinas especializadas en el tema como tal que cohiben el aporte y desempeño de Trabajo Social en estos procesos; es así como los profesionales del área social están llamados a romper con los paradigmas y metodologías tradicionales con el fin de abrir y generar nuevos espacios de interacción, de cambio y de transformación social en el área de la salud además en contribuir al desarrollo e incremento del Bienestar Social, incluyendo como protagonistas al individuo, el grupo y la comunidad, con el fin de generar participación integral en la transformación de la realidad social. Se destaca en este escenario que la intervención propuesta académicamente en la LSCC no logró el impacto que se planeó institucionalmente puesto que no tuvo un reconocimiento necesario debido a que se encuentran barreras como falta de presupuesto para mejorar

los procesos de atención al usuario y principalmente falta de personal que desarrollara y desempeñara las funciones específicas y fundamentales de los mismos; conjuntamente se presentaron limitantes en cuanto a que existen funciones del departamento que no dan esperanzas además no hay suficiente personal de planta en lo social para cubrir la demanda y proponer nuevas propuestas para participar en otros espacios que contribuyan al desarrollo y crecimiento de la profesión de Trabajo social como tal en la institución y finalmente estos procesos de calidad son manejados directamente por la auditora médica, la directora ejecutiva y el presidente de la liga.

Teniendo en cuenta lo anterior es importante reconocer que a pesar de los limitantes se logró un espacio de participación tanto a nivel profesional como de los usuarios en la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud, el promover y orientar los procesos de organización comunitaria en la cogestión de los servicios y la orientación a los pacientes y su familia en el uso de los servicios y recursos dentro y fuera de la institución además se implementó la propuesta, logrando el cumplimiento del objetivo pero deplorablemente no se alcanzó el impacto del sistema integral de información que se esperaba inicialmente. Por consiguiente no es pertinente involucrarse desde lo social en procesos de calidad institucional por los limitantes de tiempo, obligaciones, funciones y carga laboral de responsabilidad propia del trabajo social; por el contrario es importante y oportuno fortalecer la calidad de la atención y el tiempo de los procesos y procedimientos desempeñados, al igual que promover nuevos espacios para la intervención desde la educación para la salud debido a que la población que accede al proceso de formación son aquellos quienes la solicitan o por el calendario de las campañas nacionales haciéndose necesario abordar otros espacios y comunidades para lograr incluir el total de la población Santandereana.

Para finalizar la evaluación de este proceso es importante destacar que es un campo que permite el desarrollo de habilidades y destrezas, la adquisición de conocimientos que estimula un crecimiento y desarrollo personal y profesional como ya lo había mencionado, asimismo se cuenta con el apoyo constante de la trabajadora social de planta de la institución que orienta, guía, acompaña y enseña los conocimientos básicos, fundamentales y/o prioritarios, estrategias, metodologías y procesos propios para la intervención del/la trabajador social en el área de salud en dicha institución LSCC.

## 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN MUJERES CON ALTO RIESGO DE DESARROLLAR CÁNCER DE CUELLO UTERINO

*“La incidencia y mortalidad del cáncer cervicouterino se relacionan con la pobreza, el acceso limitado a los servicios, la vida en zonas rurales y los bajos niveles de educación.”*

### 6.1 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día, el cáncer causa 7 millones de muertes cada año, lo que corresponde a 12.5% del total de defunciones en el mundo. Además 11 millones de personas son diagnosticadas de cáncer cada año, la mayoría en los países en desarrollo. Se estima que esta cifra se incrementará alarmantemente hasta 16 millones de personas en el año 2020.

El cáncer en Colombia es un problema de salud pública, por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona en hombres y mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos ó detectados y tratados tempranamente.

Por tan delicado problema, es necesario adoptar las medidas necesarias que eviten el incremento de los casos de cáncer, no solo por la exposición a los factores de riesgo, sino considerando la adquisición de hábitos saludables en las diferentes etapas de la vida dando relevancia a las mujeres de alto riesgo quienes están generalmente en edades entre los 30 y los 40 años debido a que

es posible que muchas mujeres en este grupo etáreo ya no quieran tener más hijos y, por lo tanto, no tendrán acceso regular a servicios de planificación familiar y salud materna.

En este contexto la intervención de Educación para la salud tiende a lograr cambios en los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población, motivando comportamientos preventivos para asegurar el bienestar de la familia y la comunidad, a través de una eficaz intervención comunicativa e interactiva.

Habiendo 35,000 casos nuevos de cáncer por año en Colombia esta patología ocupa el segundo lugar como causa de muerte registrada a nivel nacional. Según estadísticas oficiales del Ministerio de Protección Social las neoplasias malignas más frecuentes que han sido identificadas en estudios de base poblacional son: Cáncer de Cuello Uterino, Mama, Estómago, Próstata y Pulmón.

La promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento inmediato son las estrategias fundamentales para el control del cáncer a nivel nacional. “La promoción a través de la educación para la salud y el fomento de estilos de vida saludables, incide sobre los factores determinantes de la salud anticipándose a la aparición de riesgos en la población a fin de evitar el incremento de enfermedades neoplásicas”<sup>51</sup>.

La intención de esta propuesta a desarrollar por la LSCC es agregar valor a los servicios de lectura de citologías prestados actualmente a los centros de salud IPS de primer nivel de Bucaramanga, con el fin de generar nuevos espacios de intervención, sostener una campaña coherente, participativa y sistemática

---

<sup>51</sup>PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. MARZO: 2007. 12 p.

desde la promoción de la salud en la mitigación, reducción y eliminación de los factores de riesgo relacionados con el cáncer, al igual que el dar a conocer el portafolio institucional para la complementación de los servicios ya adquiridos con dichas Empresas Sociales del Estado (ESE).

## **6.2 OBJETIVO GENERAL**

Informar en salud a mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino entre los 30 a 40 años, asistentes a las ESE de Bucaramanga, con el fin de modificar estilos y comportamientos de vida y fortalecer los factores protectores en la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino a través la estrategia IEC participativa e interactiva que permita la construcción de modelos saludables de vida en la población.

## **6.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar los diferentes estilos de vida de las asistentes de las ESE de Bucaramanga, observando básicamente las conductas de riesgo y otros factores relacionados con la salud específicamente en la prevención del cáncer de cuello uterino.
- Informar y sensibilizar a la población asistente a las ESE de Bucaramanga sobre la importancia de adoptar medidas de autocuidado para prevenir el cáncer cervicouterino.

- Movilizar la participación de la población de las ESE en Bucaramanga para la construcción de modelos o estilos saludables de vida en el fomento de conductas educativas y preventivas en las mujeres a intervenir.

## 6.4 PROCESO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la propuesta y el cumplimiento de los objetivos planteados por la misma es necesario desarrollar cuatro fases fundamentales que permitan la participación e interacción de la LSCC con las ESE en los procesos de educación para la salud y de interés sobre cáncer de cuello uterino apoyados en técnicas, estrategias y herramientas de información, educación y comunicación que permitan contribuir a la detección temprana:

### 6.4.1 Fase 1: Acercamiento Institucional.

En esta fase se pretende realizar el primer contacto con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de primer nivel objeto de intervención de la propuesta. Este permitirá identificar las ESE interesadas en la misma y de igual forma organizar el cronograma de trabajo, la solicitud de los permisos correspondientes para el acceso a los lugares de encuentro y construcción social, la forma y el mensaje de las convocatorias en los diferentes instituciones y determinar la cantidad o la magnitud de mujeres que harán parte del proceso educativo de prevención en cáncer de cuello uterino.

Cuadro 8: Fase 1 – Acercamiento Institucional.

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Establecer una línea base de los ESE de Bucaramanga para el desarrollo de la propuesta.		
<b>ESTRATEGIA 1:</b> Levantamiento de una base de datos.		
<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADOR DE LOGRO</b>
Geo-referenciación de las ESE de Bucaramanga.	Ubicar el 100% de las IPS de primer nivel en Bucaramanga.	Listados o base de datos con los nombres y ubicación territorial de las ESE de Bucaramanga.
Visitas Institucionales	Realizar el 100% de las visitas programadas a desarrollar para la presentación de la propuesta.	Número de visitas realizadas/ Número de Visitas programadas a realizar x 100
Selección de las ESE de Bucaramanga a Intervenir	Seleccionar el 100% de las ESE de Bucaramanga en los cuales se desarrollará la propuesta	Documento con los nombres de las ESE de Bucaramanga con las cuales se desarrollará la propuesta.
Planeación del Cronograma a desarrollar en las ESE de Bucaramanga por la LSCC.	Organizar el 100% del plan de trabajo a implementar en la propuesta.	Documento de la planeación de las actividades a desarrollar.
Planeación de las actividades con el equipo Interdisciplinario de salud en las ESE de Bucaramanga.	Determinación de los espacios de intervención. Identificación de las características de la población a intervenir.	Documento de la Planeación de las actividades previamente socializado con las directivas de la institución.

Fuente: Propuesta de intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

### 6.4.2 Fase 2: Diseño de la Estrategia a Implementar.

En este aparte del proceso metodológico se desarrollará el diseño de la estrategia informativa en salud a implementar, con el fin de que responda a los intereses de la propuesta en la ampliación de los conocimientos de la población a intervenir acerca de la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino en temas como las ventajas de mantener estilos de vida saludables, el aumento de la actividad física, hábitos alimenticios más saludables, entre otros para prevenir el cáncer. Así como, la importancia de realizarse chequeos periódicos para detectar a tiempo cualquier probabilidad de cáncer (diagnóstico precoz), a través de conversatorios que estimule la participación e interacción.

Cuadro 9: Fase 2- Diseño de la Estrategia a Implementar.

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Realizar un proceso informativo en salud con mujeres, que permita el fortalecimiento y ampliación de conocimientos en el tema de la prevención del cáncer de cuello uterino a través de conversatorios y ejercicios interactivos y participativos.		
<b>ESTRATEGIA 2:</b> Diseño e Implementación de una estrategia educativa en salud en la prevención y detección del cáncer de cuello uterino.		
<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADOR DE LOGRO</b>
Divulgación de medios comunicativos sobre la prevención y detección del cáncer cervicouterino.	Diseño e impresión de la campaña informativa	Campaña informativa diseñada y aprobada por el grupo interdisciplinario de salud de las IPS.
Realizar un sondeo de pre-saberes existentes en las poblaciones para reforzar y ampliar los mismos.	Participación del 90% de las mujeres beneficiarias de la actividad.	Nº de personas que participaron del sondeo / total de asistentes a la actividad X 100
Desarrollo de los talleres	Realización del 100% de	Listados de asistencia.

informativos u actividades programadas. Llamadas “La prevención empieza contigo, cuídate del cáncer.”	los talleres o actividades programadas (N= 3) mensuales de acuerdo al plan de trabajo establecido.	Cantidad de material informativo entregado. Participantes asistentes/Participantes convocados x 100
Retroalimentación, evaluación y seguimiento de las actividades.	Intervención y participación del 90% de las mujeres participantes del taller informativo u actividad programada. “La prevención empieza contigo, cuídate del cáncer”.	Participantes en la retroalimentación (socialización) / total de Participantes convocados X 100

Fuente: Propuesta de intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

#### 6.4.3 Fase 3: Informar y Educar en Salud.

Debido a que el proceso de educación para la salud de prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino se desarrollará a partir de una estrategia participativa e interactiva es de vital importancia el desarrollo de actitudes, habilidades y competencias acerca de conductas, comportamientos y estilos de vida preventivos en las mujeres participantes, con el fin de facilitar la replicación de la información y la construcción de modelos saludables de vida en las comunidades.

Cuadro 10: Fase 3 – Informar y Educar en Salud.

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Facilitar y estimular el desarrollo de actitudes y hábitos saludables con las mujeres participantes para la prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino.		
<b>ESTRATEGIA 3:</b> Capacitación a mujeres con alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.		
<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADOR DE LOGRO</b>
Convocatoria de las mujeres de 30 a 40 años en las ESE de Bucaramanga a intervenir.	Lograr la asistencia del 100% de las mujeres objeto de intervención, registradas según base de datos suministrada por los líderes comunitarios.	Nº de Mujeres asistentes / N. de Mujeres convocadas x 100
Desarrollo de talleres programados	Realización del 100% (N=3) de los talleres programados durante las sesiones mensuales, dadas las características socioeconómicas de los acudientes.	Listas de asistencias Participantes asistentes/Participantes convocados x 100
Evaluación y seguimiento de cada una de las actividades.	Evaluar el 100% de las actividades desarrolladas.  Aplicación de la Evaluación Pre-Test con el fin de conocer la situación inicial de conocimientos  Aplicación de Pos – Test para revalidar los conocimientos aprendidos.	N. de actividades realizadas / total de actividades programadas X 100  Pre- Test y Pos-Test de conocimientos adquiridos  Cuadros estadísticos comparativos elaborados.
Establecimiento de compromisos personales en relación al cuidado de la salud.	Participación del 90% de las mujeres asistentes en el establecimiento de los compromisos.	Participantes asistentes a las actividades / Participantes convocados x 100

Fuente: Propuesta de intervención, realizada en el marco de la práctica académica desarrollada en La LSCC durante el segundo semestre del 2010.

#### 6.4.4 Fase 4: Participación comunitaria.

Busca movilizar y evaluar a la población a partir de la información, educación y la promoción de actividades educativo –informativas y comunicacionales masivas en las IPS de Bucaramanga Intervenidas. De esta manera, se pretende incentivar la participación ciudadana como un derecho y responsabilidad respecto a la salud individual y colectiva de las comunidades.

Cuadro 11: Fase 4- Participación Comunitaria.

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Promover la participación de los usuarios de las IPS de primer nivel de Bucaramanga intervenidas para la construcción de entornos saludables a nivel individual y colectivo.		
<b>ESTRATEGIA 4:</b> Movilización comunitaria en pro de la promoción de la salud pública.		
<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADOR DE LOGRO</b>
Acompañamiento y motivación a los usuarios y usuarias de los servicios de salud de la población objeto en la participación de las actividades a desarrollar.	Lograr el 100% del compromiso por parte de los usuarios intervenidos.	Participantes asistentes a las actividades / Participantes convocados x 100
Elaboración de las jornadas de atención integral en prevención y detección temprana del cáncer cervicouterino con el equipo interdisciplinario de salud de las ESE a intervenir.	Realizar el 100% de las jornadas integrales programadas.	Jornadas mensuales realizadas/ Jornadas programadas x 100
Retroalimentación, evaluación y seguimiento de las actividades.	Intervención y participación del 90% de las mujeres participantes a la propuesta ejecutada.	Número de participantes en las actividades de la propuesta / total de Participantes convocados X 100

Fuente: Información recolectada en el marco de la práctica desarrollada en la LSCC, durante el Segundo semestre del año 2010

## 7. CONCLUSIONES

El cáncer es un problema de salud pública en Colombia; esta afirmación está respaldada por las estadísticas epidemiológicas reportadas por el Instituto Nacional de Cancerología y la Liga Colombiana contra el cáncer, éstas a su vez afirman que en Colombia las principales causas de mortalidad por cáncer corresponden: a estómago, próstata y pulmón entre los hombres y de cérvix, estómago y seno entre las mujeres. Es así como la educación para la salud es de prioridad en la intervención desde lo social, con el fin de disminuir la incidencia y reducir los índices de mortalidad por cáncer en Colombia a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en este caso específico un problema de salud pública a la población que sea denominada de alto riesgo de desarrollarlo.

Los niveles socioeconómicos, los aspectos socioculturales y los niveles de sensibilidad, los conocimientos, los comportamientos y las conductas acerca del tema del cuidado de la salud en la prevención del cáncer de las comunidades son importantes reconocerlas y tenerlas en cuenta para el diseño de estrategias, metodologías y métodos de intervención que correspondan al contexto y a las necesidades poblacionales para generar impacto social.

Es así como la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer teniendo como base su plataforma estratégica u objetivos institucionales además de entender la salud como el resultado o el producto de la interacción de los determinantes sociales con relación a la herencia, al ambiente, a los aspectos culturales o hábitos tanto individuales como colectivos influyen u establecen el estado de salud, el bien estar y la calidad de vida en las poblaciones asimismo existe un último factor que determina la salud y está relacionado con las políticas del

estado en la prestación y acceso a los servicios de la misma; este último incluye aspectos de accesibilidad, cobertura, equidad y calidad.

En la actualidad se vive en un mundo en donde se habla de globalización, competitividad y calidad, pero la realidad es que estos tres temas van sin duda alguna de la mano, sin negar que lo más relevante sea la calidad en productos, que ha sido un tema que en los últimos años ha interesado al sector salud. Lo cierto es que una de las consecuencias de la globalización de los mercados, es la exigencia de los clientes, quienes son conocedores y más complejos, y ahora saben elegir con decisión. En salud la calidad de los servicios se entiende como la atención centrada en el usuario en base a sus necesidades, aspiraciones e intereses de igual forma está relacionado con la provisión de servicios accesibles y equitativos, relaciones interpersonales de calidad, comunicación directa con el usuario, teniendo en cuenta los recursos disponibles, orientada a lograr la adhesión y satisfacción del usuario al igual que la evaluación del servicio prestado.

En cuanto a la conceptualización, teorías y normas que congregan la definición de la salud y la calidad en la atención y que existen actualmente tanto a nivel nacional como internacional dan cuenta del trabajo que se ha realizado para abordarlo e implementarlo en las instituciones prestadoras de los servicios de salud a nivel mundial; esto se debe a la importancia de ofrecer y garantizar no lo solo atención de los servicios sino procurar por cumplir estándares de prestación que den cuenta de un servicio integral, de calidad, que tiene como meta la satisfacción al usuario beneficiario del mismo.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud surge con la ley 100 de 1993 y el Decreto 1011 de 2006 y tiene como fin el mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; lo anterior resulta importante en la medida de que sean acogidas estas normas y

estándares nacionales por parte de los de las EPS o IPS independientemente del régimen al que estén adscritas (contributivo-subsidiado) con el propósito de dar cumplimiento de condiciones básicas integrales para la búsqueda de la seguridad social en salud de los usuarios frente a los potenciales riesgos. Es en el anterior contexto, es donde el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud toma un lugar relevante dado el rol que se da al paciente, motivo por el cual se precisa el desarrollo de acciones tendientes a implementar el sistema de información y de atención al usuario como herramienta que permite realizar una evaluación continua del servicio, dada la retroalimentación de los problemas que se presentan referidos a la calidad en la atención. De igual forma, este sistema facilita la obtención de información sobre las necesidades reales del usuario para así lograr dar cumplimiento a las políticas, metas e indicadores de calidad establecidos institucionalmente.

Para finalizar la comunicación directa entre usuario-institución en la prestación de servicios de salud es decir, sin interrupciones, sin barreras, obstáculos y trabas; son de vital importancia debido a que permite un crecimiento continuo, la identificación de los problemas de calidad en relación a la asistencia de los mismos para su mejoramiento continuo y así alcanzar satisfacción al usuario y el cumplimiento de estándares de calidad relacionados con la atención y la política de calidad e indicadores esperados.

## 8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta los índices presentados a nivel de estadísticas epidemiológicas de mortalidad y morbilidad por cáncer en Colombia, se recomienda abordar el cáncer como un problema de salud pública con el fin de enfocar y priorizar las acciones preventivas para la disminución de los índices ya mencionados. Al igual desde el trabajo social profesional surge como un reto esta problemática, en cuanto al compromiso de garantizar derechos fundamentales como la vida a través de la concienciación para el uso y manejo de hábitos saludables, mejorar el bien estar y la calidad de vida a nivel individual y de los colectivos con la educación para la salud.

Es de vital importancia tener en cuenta las estadísticas epidemiológicas emitidas y manejadas a través de la vigilancia y seguimiento realizado a los casos de cáncer por el Instituto Nacional de Cancerología y la Liga Colombiana Contra el Cáncer, para el diseño de estrategias, programas, proyectos y temáticas de educación en salud con el fin de intervenir en las entidades e instituciones de salud; asimismo es relevante reconocer la importancia requerida, la inclusión y la prioridad a los índices u estadísticas de mortalidad por cáncer en Colombia en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las EPS y EPSS desde lo social.

La educación en salud debe ser planteada y diseñada como un proceso educativo que permita la capacitación, la sensibilización, el dominio y el uso de la información o conocimientos brindados en las actividades o sesiones de aprendizaje programadas, partiendo de las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales. Además para complementarlo debe estar acompañado de un esquema para el seguimiento y la evaluación que permita

visualizar de forma tangible el impacto en cuanto a morbi-mortalidad en las poblaciones intervenidas.

Pasando a otro aspecto relacionado con la prestación directa de los servicios y los procesos que se desarrollan en cuanto a la atención de los usuarios en salud es pertinente que cumplan con unas características y aspectos ineludibles como la accesibilidad, la cobertura, la equidad y la calidad con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, el ejercicio del derecho a la salud así como el cuidado de la calidad de vida y del bienestar individual y de los colectivos poblacionales; respondiendo así institucionalmente a políticas de calidad, políticas sociales y normatividades establecidas en la prestación, servicio y atención de los mismos.

El conocimiento de las normas, teorías entre otros que conceptualizan los servicios de salud y la calidad es prioritario aplicarlo en la fundamentación de los sistemas de calidad y la implementación del mismo para las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Se recomienda a las instituciones prestadoras de servicios de salud velar por el cumplimiento de condiciones básicas y fundamentales para el funcionamiento y ejercicio de los mismos con base en normas y estándares de calidad que den un valor agregado al servicio ofertado.

La comunicación directa, participativa, sin interrupciones y barreras permiten el fortalecimiento de la relación usuario-institución, teniendo en cuenta lo anterior se sugiere a las instituciones prestadoras de servicios de salud ofrecer y generar espacios constantes, claros y oportunos para la participación, evaluación y recepción de quejas, reclamos y sugerencias del servicio prestado al usuario para el mejoramiento continuo del mismo e igualmente contribuir al cumplimiento de las políticas, metas e indicadores de calidad institucional.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Prevención del cáncer cervicouterino. Ficha descriptiva.
- Archivo LSCC Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer, Bucaramanga; 2010-2011.
- BATISTELLA, Gabriel. Salud y Enfermedad. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Niveles de Prevención en Salud. [En línea]. [citado Marzo 09 de 2011]. Disponible en Internet:<http://es.scribd.com/doc/5057353/El-proceso-salud-enfermedad>
- CAMACHO, Luis Hernando. EDITORIAL LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER EN COLOMBIA. EN: Revista Med. vol.16 No.2 [en línea] Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-52562008000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0121-52562008000200002&script=sci_arttext). Bogotá July/Dec. 2008. ISSN 0121-5256.
- CARTA DE OTTAWA. Canadá. Noviembre de 1986.
- CASTILLO DUANY, Joaquín. Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud. [En línea] [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5\\_2\\_01/san07201.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san07201.htm)
- COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 4288. Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). 1996, 12 p.
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley Sandra Ceballos. Bogotá: 2010. 9 p.
- Constitución Política de Colombia. Proclamada el 4 de Julio de 1991.
- Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- EPICENTRO. Salud Pública ¿Qué es? ¿Qué hace? [En línea]. [citado en Febrero 17 de 2011]. Disponible en Internet:<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios1.htm>.
- GARCÍA OSPINA, Consuelo. Algunas Reflexiones sobre la educación para la salud. PDF. [En línea] [Citado: Marzo 09 de 2011] Disponible en Internet:[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206\\_3.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%206_3.pdf)
- JAIMES PEÑA, Khatherine. El cáncer es la segunda causa de muerte en el país. EN: Su-vida.com. [en línea] Disponible en: <http://www.su-vida.com/node/333>. Bogotá, Colombia, 30 de enero de 2009. ISSN 2145-7999
- KERR, Markay y TRONTOW, Don J. Definición, medición y evaluación de los servicios de salud. Traducido por: Kerr Markay; Don J. Trontow. Defining measuring, and assessing the quality of health services. [En: public health reports, v. 84, N. 5, 415-424, Mayo 1969] Pág. 10-16.
- LIGA COLOMBIANA CONTRA EL CÁNCER. Manual de Citología: Mayo, 2005.
- LOSADA, Mauricio y RODRÍGUEZ, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. [En línea] [http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf) . Diciembre 20 de 2010.
- MAHECHA VILLALOBOS, José Wilder. Cáncer de Cuello Uterino: Hacia una historia social de la enfermedad. [PDF] [En línea] Universidad de Caldas, Manizales [citado: Junio 14 de 2011] Disponible en Internet: <http://telesalud.ucaldas.edu.co/telesalud/facultad/Documentos/Promocion/VoI%207/CANCER%20DE%20CUELLO%20UTERINO.pdf>
- MARQUÉS, Fernando. Marco Teórico de la promoción y la educación para la salud. [PDF] [En línea] 2007 [citado: Marzo 15 de 2011] Disponible en Internet: <http://www.ice.udl.es/udv/demoassig/recursos/edusal/fixxers/unidad1.pdf>

- Ministerio de protección social en línea: [www.minproteccion.gov.co](http://www.minproteccion.gov.co)
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 3039 – Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: 2007, 50 p.
- MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 412 de 2000, Norma técnica de detección temprana de cáncer cérvico-uterino.
- Organización Mundial de la Salud (2004) Programas nacionales de control del cáncer: políticas y pautas para la gestión, Washington, D.C: OPS, 2004, ISBN 92 75 32548 0. [En Línea] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pcc-NCCP.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia y Plan de Acción Regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino. 48.o CONSEJO DIRECTIVO, 60.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL. Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Definición Salud. 1999.
- Página de Internet. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER. [En línea], [Citado 2011-05-03]. Disponible en: <http://www.licancerbucaramanga.com/>
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Manual de Procedimientos para el Diagnóstico en Citología Cérvico Uterina. Lima, 2005. [En línea] [citado: Junio 14 de 2011] Disponible en Internet: <http://es.scribd.com/doc/2029271/MANUAL-DE-CITOLOGIA-CERVICO-UTERINA>
- PERÚ. MINISTERIO DE SALUD. PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. MARZO: 2007. 12 p.

- PLAN DE INTERVENCIÓN COMUNICACIONAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER. Perú. MARZO 2007 [En línea] [Citado: Marzo 27 de 2011] Disponible en Internet: [http://www.minsa.gob.pe/diresamoquegua/comuni/P\\_CANCER.pdf](http://www.minsa.gob.pe/diresamoquegua/comuni/P_CANCER.pdf)
- PLAN NACIONAL PARA EL CONTROL DEL CÁNCER EN COLOMBIA. 2010 -2019.
- Portafolio De Servicios. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER
- Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC – Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer.
- REDONDO ESCALANTE, Patricia. Educación para la Salud. [PDF] [En línea] 2004 [Citado: Abril 06 de 2011] Disponible en Internet: <http://es.scribd.com/doc/30485335/Educacion-para-la-salud-conceptos-enfoques>
- REDONDO ESCALANTE, Patricia. Prevención de la Enfermedad. [PDF] [En línea] 2004 [citado: Marzo 09 de 2011] Disponible en Internet: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>
- República de Colombia Departamento Nacional de Planeación Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. Bogotá: Imprenta Nacional, 2005.
- REPUBLICA DE COLOMBIA, MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. Plan Nacional Para el Control del Cáncer en Colombia. 2010 -2019. Bogotá: 2010. 64 p.
- República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. Bogotá: Imprenta Nacional, 2005.
- SALUD Y CULTURA. La salud como producto social. Noviembre 27 de 2009 Disponible en internet: <http://fcsculturasalud.blogspot.com/>.
- Tomado del Portafolio De Servicios. LIGA SANTANDEREANA CONTRA EL CÁNCER, p. 2.

- ZAS ROS, Bárbara. La prevención en Salud. Algunos Referentes Conceptuales.[En línea] 1996 [citado: Junio 08 de 2011] Disponible en Internet:<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>

## ANEXO A

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A USUARIOS (F-019<sup>a</sup>) V - 3

NOMBRES: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA Y HORA: \_\_\_\_\_

Cordial saludo, en la Liga Santandereana contra el cáncer es importante conocer su opinión con respecto a nuestros servicios ofrecidos, gracias por su aporte.

**Marque con una x la opción que represente su opinión:**

1. De las siguientes dependencias, califique la orientación y asesoría ofrecida teniendo en cuenta el servicio prestado.

SERVICIOS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
RECEPCIÓN				
TRABAJO SOCIAL				
CAJA				
TOMA DE DATOS-CITO				
TOMA CITOLOGÍA				
AUX. CONSULTORIO				
MÉDICO				

2. ¿Cómo considera la atención recibida por parte de las siguientes dependencias?

SERVICIOS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
RECEPCIÓN				
TRABAJO SOCIAL				
CAJA				
TOMA DE DATOS-CITO				
TOMA CITOLOGÍA				
AUX. CONSULTORIO				
MÉDICO				

3. ¿Cómo considera la atención brindada por parte de nuestro personal en el momento de solicitar la cita?

EXCELENTE \_\_\_\_ BUENA \_\_\_\_ REGULAR \_\_\_\_ MALA \_\_\_\_

4. ¿Cuántos días demoró la Institución para asignarle la cita solicitada?

De 1 a 3 días \_\_\_\_ de 4 a 6 días \_\_\_\_ de 7 a 10 días \_\_\_\_ de 11 a 15 días \_\_\_\_ más de 15 días \_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido a la cita programada?

De 5 a 10 min \_\_\_\_ de 15 a 20 min \_\_\_\_ Mayor a 15 min \_\_\_\_ Ninguna y la cita fue puntual \_\_\_\_

6. ¿Cómo considera los avisos que señalan la ubicación de las siguientes dependencias?

SERVICIOS	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO
RECEPCIÓN				
TRABAJO SOCIAL				
CAJA				
SANITARIO				
CONSULTORIOS				
OFIC. ADMINISTRACIÓN				

7. Qué comentarios puede sugerir para mejorar el servicio que ofrece la Liga Santandereana contra el Cáncer: \_\_\_\_\_

---



---

## ANEXO B

### ENCUESTA PARA EL PÚBLICO QUE ASISTE A LAS LIGAS

**Objetivos:**

- Detectar que razones llevan a las usuarias a utilizar los servicios.
- Detectar si los medios masivos de información son efectivos para lograr que las personas asistan a la Liga a realizarse los exámenes.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

Marque con una x en la casilla correspondiente.

1. ¿Viene usted por primera vez en la vida a la liga? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
2. ¿Usted dónde vive?

Área rural (Pueblo o vereda)	
Área Urbana (La ciudad)	

3. ¿A qué régimen de salud pertenece?

Régimen Subsidiado	
Régimen Contributivo	
Vinculado	
¿Otro? ¿Cuál?	

4. Cómo llegó usted a la Liga, por:

ÍTEMS	
Mensaje que escuché en la radio, en qué emisora	
Charla a la que asistí	
Mensaje en la TV, qué canal	
Material Publicitario (Volantes, afiches, Plegables)	
Evento de lanzamiento	
Recomendación de un conocido	
Chequeo anual	
Otro, ¿Cuál?	

5. Utiliza los servicios de la Liga por alguna de estas razones. Seleccione máximo dos.

ÍTEMS	SI	NO
Experiencia y confianza en los servicios de la Liga		
Puntualidad en la atención		
Posibilidad de obtener inmediatamente un servicio (consulta, examen, otros)		
Horario de atención		
Calidad en la atención		
Costo del Servicio		
Personal capacitado (médicos, Especialistas)		
Tecnología utilizada		
Variedad en los servicios		
Ubicación de la Liga		

## ANEXO C

### FORMATO DE QUEJAS Y RECLAMOS

LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER  
FORMATO DE QUEJAS Y RECLAMOS (F-008)

<b>Tipo de Acción</b>	<b>QUIEN REPORTA</b>	
<b>QUEJA</b> ____ <b>RECLAMO</b> ____	Nombre:	
	C.C:	
<b>QUEJA O RECLAMO – DESCRIPCIÓN:</b> (Especificar causa principal, área(s) relacionadas(s), persona (as) relacionadas ) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	Teléfono:	
	<b>SERVICIO INVOLUCRADO</b>	
	RECEPCIÓN	<input type="checkbox"/>
	TRABAJO SOCIAL	<input type="checkbox"/>
	CAJA	<input type="checkbox"/>
	SANITARIO	<input type="checkbox"/>
	CONSULTORIOS	<input type="checkbox"/>
OFIC. ADMINISTRACIÓN	<input type="checkbox"/>	
<b>ANÁLISIS – CAUSALIDAD</b>	<b>POSIBLE SOLUCIÓN</b>	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
<b>RESPONSABLE DE ÁREA</b>	<b>FECHA:</b>	
	<b>HORA:</b>	
<b>MUCHAS GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR</b>		

**ANEXO D**  
**FORMATO DE SUGERENCIAS**  
LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER  
FORMATO DE SUGERENCIAS INSTITUCIONALES

<b>FECHA:</b> _____	<b>HORA:</b> _____	Información de quién presenta la sugerencia (opcional)	
<b>SUGERENCIA</b>	Nombre:		
	C.C:		
<b>DESCRIPCIÓN:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____	Teléfono:		
	<b>SERVICIO INVOLUCRADO</b>		
	RECEPCIÓN		
	TRABAJO SOCIAL		
	CAJA		
	SANITARIO		
	CONSULTORIOS		
<b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____	OFIC. ADMINISTRACIÓN		
	<b>MUCHAS GRACIAS POR AYUDARNOS A MEJORAR</b>		