

Artículo de investigación

Efectividad de un plan de mejoramiento en tamización cervical en un hospital de primer nivel

Effectiveness of an improvement plan in cervical screening in a first level hospital

Bibiana Andrea Carvajal Giraldo¹ ✉, **Gloria Patricia Guzmán Cataño**², **Carolina Salas Zapata**³ [CvLAC](#)

Fecha correspondencia:

Recibido: 3 de octubre de 2016.

Aceptado: 26 de Mayo de 2017.

Forma de citar:

Carvajal Giraldo BA, Guzmán Cataño GP, Salas Zapata C. Efectividad de un plan de mejoramiento en tamización cervical en un hospital de primer nivel. Rev CES Salud Pública. 2017; 8(1): 108-120.

Open access

© Copyright

Licencia creative commons

Ética de publicaciones

Revisión por pares

Gestión por Open Journal System

ISSN: 2145-9932

Sobre los autores:

1. Microbióloga y Bioanalista. Magister en Calidad en Salud.

2. Médico y Cirujano, Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud.

3. Gerente de Sistemas de Información en Salud. Magister en Epidemiología.

Comparte



Resumen

Introducción: El cáncer está declarado en Colombia como una prioridad de salud pública desde el 2010; el cáncer de cuello uterino continúa siendo una enfermedad de gran prevalencia. Si bien en el país hay una alta cobertura y existen programas de prevención, basados principalmente en la práctica de la citología vaginal, no se alcanza aún el impacto de los países desarrollados, evidenciando dificultades en el proceso de tamización. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de un plan de mejoramiento en el proceso de tamización cervical del Hospital del Municipio de Santa Bárbara-Antioquia. **Materiales y métodos:** estudio cuasi experimental, ambi-direccional. Los datos se recolectaron mediante una encuesta aplicada antes y después de la implementación del plan. La muestra se seleccionó a conveniencia, incluyendo a 87 pacientes del servicio de citología cervical. **Resultados:** el plan de mejoramiento fue efectivo: el éxito del programa paso de 50,6 % a 81,6 % (valor $p = 0,000$). Para la calidad de la muestra no se encontró diferencia significativa (valor $p = 0,727$). Con el proceso de tamización, la satisfacción de las usuarias pasó de 55,2 % a 87,4 %. **Discusión:** a pesar de las limitaciones propias del primer nivel de atención en salud, es posible lograr un proceso de calidad en la tamización de cáncer de cuello uterino, que genere confianza y satisfacción en las usuarias, garantice la continuidad en el proceso, induzca la demanda y por ende produzca un efecto positivo en la disminución de la morbilidad y de sus consecuencias.

Palabras claves: Satisfacción; Calidad; Efectividad; Citología vaginal.

Abstract

Introduction: In Colombia, Cancer has been declared as a public health priority since 2010. The cervical cancer keeps being an illness with a high prevalence. Although there is a high coverage in the country and there are prevention programs, based on the uterine cytology, there is still the impact of the developed countries to achieve, resulting in difficulties on the screening for cervical cancer. The aim of this study is to evaluate an improvement plan effectiveness in the screening for cervical cancer at the Santa Barbara Hospital (Medellin, Ant.) **Materials and methods:** Quasi-experimental study, ambi-directional. The data were collected using a poll, applied before and after the implementation of the plan. The sample was selected by convenience, and consisted of 87 users of the service of cervical cytology. **Results:** The improvement plan was effective:

The program success increased from 50,6 % to 81.6 % (p:0,000). Regarding the sample quality, no significant difference was shown (p 0,727). Referring to the screening process, the users satisfaction passed from 55,2 % to 87,4 %. **Discussion:** Despite the limitations of a first-level hospital, it's possible to achieve a quality process in the screening for cervical cancer that brings confidence and satisfaction among the users of the service; that also ensures the continuity of the process, while induces demand and thus produces a positive effect in reducing morbidity and mortality of this disease and also its consequences.

Keywords: Satisfaction; Quality; Effectiveness; Pap test.

Introducción

El cáncer cérvico uterino, a pesar de ser prevenible y curable, continúa siendo causa de mortalidad en mujeres a nivel mundial (1). La enfermedad es consecuencia tardía de la infección persistente del epitelio cervical por ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH), probablemente relacionados con defectos tenues en la respuesta inmune o la habilidad del virus para evadirlo (2).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el cáncer de cuello uterino se puede prevenir y curar a bajo costo y riesgo, siempre y cuando esté disponible un proceso de tamización que facilite la detección oportuna de lesiones precursoras, junto con un diagnóstico apropiado, tratamiento y seguimiento (1).

En América Latina la mortalidad por cáncer cérvico-uterino no ha disminuido, por el contrario en la mayoría de los países ha aumentado (3), atribuyéndose esto a factores relacionados con la baja sensibilidad de las pruebas empleadas, la insuficiente organización de los procesos y la poca calidad de los programas existentes. Independientemente de las tecnologías utilizadas, algunos factores como la cobertura, la calidad y el seguimiento serán siempre determinantes para la detección temprana de la enfermedad (4).

Piñeros M, et al. en su artículo "Cobertura de la citología y factores relacionados en Colombia", menciona que existe una buena cobertura por parte del sistema de salud y que además se ha registrado una disminución en la mortalidad por cáncer de cuello uterino, sin evidenciarse una relación coherente entre la cobertura de la citología (76,6 % de cobertura nacional) y la mortalidad (5). Adicionalmente, la oportunidad del diagnóstico definitivo y el manejo de las pacientes no es el adecuado, lo que denota dificultades en el proceso, siendo más evidente en las zonas rurales y en poblaciones con menos recursos (6).

En el departamento de Antioquia las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino, en el periodo 2000 – 2010, oscilaron entre 5,9 y 8,4 defunciones por 100.000 mujeres; es decir, se presentaron un total de 2.187 muertes, una cifra que podría verse disminuida si se contara con un acceso oportuno a un programa de control de cáncer debidamente organizado (7).

En el municipio de Santa Bárbara, de acuerdo a la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia(8), la proyección de la población para el año 2016 era de 21.917 habitantes, de los cuales el 50.2 % eran mujeres, 6.489 se encontraban entre los 20 y 69 años, quienes correspondían a la población a la que se debe brindar cobertura en tamización cervical. Para el 2014 se presentó una tasa de 26,8 muertes por 100.000 mujeres por este tipo de cáncer, siendo la más alta desde el 2005 (9).

Un estudio realizado en el departamento de Antioquia sobre la calidad del programa de detección temprana de cáncer cervical, identificó problemas en la estructura, planificación y recurso humano (calidad y cantidad), deficiencias en la oportunidad de la atención, desconocimiento de guías y fragmentación de la atención, así como la ausencia de un sistema de información que permita el adecuado seguimiento de las pacientes con este tipo de cáncer (10).

El seguimiento a casos positivos identificados en el proceso de tamización es esencial y ha mostrado que, al ser efectivo, tiene mayor impacto sobre la reducción del riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino, que cuando se hace énfasis en la cobertura de tamización (11). Sin embargo, en el país no se establece un proceso de seguimiento a las mujeres con citologías positivas, pues no es una actividad de obligatorio cumplimiento (no está normada y no es facturable), y no se le ha dado la relevancia que tiene dentro de los programas de Salud Pública (12). También se ha evidenciado que los médicos del primer nivel de atención no reciben retroalimentación de los especialistas para el seguimiento de las usuarias, lo que impide darle una adecuada continuidad a este proceso (13).

Muchas aseguradoras convierten la autorización de servicios en un mecanismo de contención de costos, lo que genera un impacto negativo en la continuidad y oportunidad de la atención (12, 14). Estas circunstancias hacen que una mujer con una lesión de cuello uterino deba consultar hasta cinco veces o más en las instituciones de salud para acceder a un proceso completo de atención, que a veces se presta sólo en sitios ubicados a gran distancia del domicilio de las usuarias (15).

En un estudio realizado en Soacha se encontró que las mujeres afiliadas al régimen subsidiado y las "vinculadas", hacen mucho énfasis en la calidad de los servicios de salud como barrera o factor desmotivante para realizarse la citología. La tramitología, la falta de calidez en el trato y la inoportunidad, se convierten en las principales características para no acceder al esquema de tamización (5), lo que hace evidente que para las mujeres es muy importante la calidad de los servicios de salud como factor de motivación para la realización de la toma de la citología cervical (16).

Además de los factores anteriores, la falta de comunicación del personal de salud con las usuarias y procesos educativos deficientes, son los principales obstáculos para que las mujeres valoren la importancia de realizarse y reclamar los resultados de la citología (17).

En Antioquia y en el país no se cuenta con un programa de tamización estructurado, sólo existen actividades desarticuladas y una normatividad que conduce principalmente a la contención del gasto y no al control de las enfermedades. Es importante tener presente que sólo programas adecuadamente estructurados, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este tipo de cáncer (18).

El Hospital Santa María es una institución de carácter público, que presta servicios de salud de primer nivel de complejidad. Su realidad no difiere con respecto al resto de programas de tamización de cáncer de cuello uterino, especialmente en las zonas rurales, pues no existe un programa estructurado y no se cumple con la normatividad vigente, por ello esta investigación tuvo como objetivo evaluar la efectividad de un plan de mejoramiento en el proceso de tamización cervical del Hospital.

Metodología

Se realizó un estudio cuasi experimental, ambi-direccional, transversal, para obtener información sobre la satisfacción de las usuarias y la calidad de la muestra del proceso de citología cervical en el hospital Santa María de Santa Bárbara, antes y después de la implementación de un plan de mejoramiento.

La población de referencia fue constituida por las usuarias que se realizaron la citología entre los meses de enero y marzo de 2016, que además se hubieran realizado previamente una citología en el hospital. Para el diseño muestral, (ya que el hospital no contaba con un indicador propio de satisfacción de las usuarias), se tomó como proporción antes de la implementación un 43 % (10), y como proporción de mejora el porcentaje esperado de satisfacción de las usuarias con el programa, el cual fue del 70 %, obteniéndose un tamaño de muestra de 72 pares. Finalmente se obtuvo información de 87 usuarias elegidas a conveniencia, las cuales diligenciaron la encuesta antes y después de la implementación del plan de mejoramiento.

Los criterios de inclusión fueron: afiliadas que se encontraran activas en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, residentes del municipio de Santa Bárbara, con edades entre 18 y 60 años, que accedieron a participar en la investigación y que se hubieran realizado previamente una o más citologías en el hospital. Fueron excluidas mujeres en gestación y aquellas que no pudieron ser contactadas telefónicamente para realizar la segunda toma de datos.

Se aplicó una encuesta de satisfacción a las usuarias que se presentaron al hospital para la toma de la citología y se les preguntó sobre su percepción del servicio previo. Se les prestó el servicio con las mejoras y una vez llegó el resultado de la citología se contactaron telefónicamente para realizar la segunda parte de la encuesta, en donde se evaluó la satisfacción con el nuevo servicio. También se utilizó como fuente de información el resultado de la citología previa.

Para el procesamiento de la información se diseñó una base de datos en Excel versión 2011 donde se ingresaron los datos de las encuestas en forma de flujo continuo, es decir, inmediatamente después de haber sido realizada la encuesta. En la misma base de datos se incluyó la información sobre la calidad de la muestra, tanto de la citología previa como de la nueva. El análisis de los datos se realizó en los programas SPSS versión 20 y Epidat 4.2.

A las variables sociodemográficas se les realizó un análisis univariado a través del cálculo de distribución de frecuencias para las variables cualitativas y medidas de resumen para las cuantitativas. Se analizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov si las variables cuantitativas tenían distribución normal.

La variable dependiente del estudio fue el éxito del plan de mejoramiento, para esto se diseñó una variable de calidad, para la cual se tuvieron en cuenta dos aspectos: primero, la percepción general de las usuarias sobre el proceso de citología cervical, tomando sólo la opción de respuesta que hacía referencia a que estaba bien y no tenía nada por mejorar, siendo esta la calificación máxima; y segundo, la calidad de la muestra tomando la opción que sólo registrara la presencia de muestra satisfactoria como indicador de calidad. Se definió éxito del plan de mejoramiento como la existencia de una diferencia significativa entre el antes y después de la implementación de las mejoras. Se realizó una distribución de frecuencias y se utilizó la prueba de McNemar para definir la existencia o no de diferencias estadísticas.

Se realizó un análisis de la variable dependiente, estableciendo si hubo cambios estadísticamente significativos entre el antes y después de la implementación del plan de mejoramiento. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de McNemar, la cual permitió evaluar dichos cambios y así definir la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas. La variable cuantitativa tiempo de espera se analizó con la prueba de Wilcoxon para determinar esta misma asociación. Se analizaron las medianas del tiempo de espera debido a la no normalidad de los datos.

Consideraciones éticas

La investigación fue clasificada como sin riesgo de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, ya que fue un estudio que empleó una encuesta para la evaluación de la satisfacción de las usuarias de la citología vaginal del hospital, y la revisión de fuentes secundarias de información como los resultados de citologías previas. Las usuarias que aceptaron participar en el estudio lo hicieron de forma autónoma y voluntaria, se tuvo consentimiento informado verbal por parte de las usuarias del hospital para el uso confidencial de la información. Se contó con la autorización del hospital para la implementación de las mejoras y realización del seguimiento a las pacientes.

Plan de mejoramiento

Se implementó un plan de mejoramiento por parte de las investigadoras, quienes después de un análisis del proceso, identificaron desperdicios y lo ajustaron para optimizarlo. Esto permitió evaluar diferencias significativas en la percepción del servicio por parte de las usuarias. Para la elaboración del plan se contó con aporte económico de la Universidad CES en cuanto al diseño e instalación del aplicativo, diseño del nuevo formato de registro y volante educativo. Para los ajustes de estructura del consultorio, dotación, contratación del personal se contó con el compromiso y aporte del hospital.

El Plan de Mejoramiento incluyó las siguientes actividades:

1. Se dio cumplimiento a los requisitos exigidos en la resolución 2003 de 2014 para el servicio de tamización de cáncer de cuello uterino (19):

- La toma de la muestra era realizada por una auxiliar de enfermería, para dar cumplimiento a la norma se contrató una bacterióloga la cual es ahora la líder del programa.

- A nivel de infraestructura, el servicio sanitario del que se disponía en el consultorio de toma de muestra de citología, se encontraba fuera de servicio. Por lo tanto, se hicieron los arreglos necesarios dejando este en óptimas condiciones para uso de las pacientes.

- En cuanto a la dotación, no había disponibilidad de batas para las usuarias por lo que se adquirieron batas desechables. Además, y aunque no es exigencia de la norma, se adquirieron espéculos con opciones de tamaño, dado que antes se manejaba un tamaño estándar lo que generaba dificultades y dolor al momento de la toma de la muestra en algunas usuarias.

- Se revisaron los manuales de toma, transporte, conservación y remisión de muestras.

2. Se optimizó el procedimiento de registro de toma de citología a través de la implementación de un nuevo formato tomado y adaptado de la Liga Colombiana Contra el Cáncer: Modelo de formulario de registros de toma de muestras (20); esto permitió la optimización del proceso, pues se llevaban registros con la misma información de manera desarticulada y en diferentes libros.

3. Se realizó un análisis mediante metodología LEAN (21) del proceso antiguo de tamización de citología, donde se identificaron y eliminaron los desperdicios que lo hacían ineficiente en tiempo y recursos.

4. Se desarrolló e instaló un aplicativo exclusivo para el servicio, en el que se registra la información de todas las usuarias; esto ha permitido el seguimiento (generación de alertas y envío de mensajes de texto o correos electrónicos recordando toma de la próxima citología o llegada de resultados), control y la generación de indicadores, tanto los exigidos por la norma, como otros que permiten evaluar la efectividad de la implementación de las mejoras. El desarrollo de este aplicativo se realizó en dos fases: la fase inicial se enfocó en la generación de información en relación con los objetivos del presente estudio y se dejó una segunda fase planteada para que el hospital incorpore más variables, alertas e indicadores que permitan hacer un seguimiento más completo al proceso, ajustado a sus necesidades y a las de las usuarias.

5. Se realizaron las capacitaciones necesarias al auxiliar de facturación, a las auxiliares de enfermería y a la bacterióloga para que se ajustaran al plan de mejoramiento.

6. Como valor agregado para este trabajo se diseñó un volante educativo en donde se da información a las usuarias sobre la importancia de la citología.

Resultados

En las 87 mujeres encuestadas se encontró que la edad promedio fue de 39,6 años (RI 20-65), el número de partos en promedio fue de 2 (RI 0-10), y la edad de inicio de la vida sexual fue de 18,7 años.

En cuanto al estado civil, se obtuvieron los siguientes resultados: predominaron las mujeres casadas (42,5 %), seguido de las solteras (26,4 %), un 24,1% vivían en unión libre. El nivel escolaridad más alto fue el de secundaria completa (27,6 %), seguido de primaria completa e incompleta (20,7 %, mismo valor para cada uno), técnico y universitario incompleto 1,1 % (mismo valor para cada uno). El 72,4 % de las usuarias no laboran.

El 64,4 % de las usuarias eran residentes de la zona rural del Municipio. Según la afiliación al SGSSS se encontró que el 64,4 % de las usuarias del servicio de citología pertenecían al régimen subsidiado, el 32,2 % al régimen contributivo y el 3,4 % se hicieron la citología de forma particular.

Con respecto a la calidad de la muestra, se encontró que antes de la implementación del plan de mejoramiento esta era de 83 % y después de las mejoras fue de 81 %, (valor $p = 0,727$).

Para la evaluación de la percepción del servicio de toma de muestras de citología, se estableció un cuestionario de veinte preguntas. Con respecto a estas, se encontraron diferencias estadísticas antes y después de la implementación del plan de mejoramiento en 10 de los aspectos evaluados (Tabla 1).

En cuanto al tiempo de espera para la atención, desde la llegada de la usuaria hasta la toma de la muestra, se pasó de una mediana de 30 minutos a una de 15 minutos.

En lo relacionado con percepción respecto a la importancia de realizarse la citología vaginal, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el antes y el después de la implementación del plan de mejoramiento (valor $p = 0,001$).

Tabla 1. Comparación de la satisfacción de las usuarias del servicio de citología vaginal antes y después de la implementación del plan de mejoramiento.

Pregunta	Pre-test			Pos-test			Valor p*
	Si %	No %	No aplica %	Si %	No %	No aplica %	
1. ¿Con lo que respecta al tiempo en que dura todo el proceso de toma de citología considera usted que esta le toma más tiempo del que para usted sería conveniente?	31	69		50,6	49,4		0,020
2. ¿La persona que le realizó la toma de la muestra le explicó con palabras fáciles de entender el procedimiento?	64,4	35,6		100	0		0,000
3. ¿La persona que le tomó la muestra, le dio el tiempo necesario para contestar sus dudas respecto a la citología o los resultados?	69,3	20,7		100	0		0,000
4. ¿La realización del procedimiento (colocación del especulo y toma de la muestra) le generó molestias más allá de lo esperado por usted?	44,8	55,2		19,5	80,5		0,000
5. Durante su permanencia en el consultorio de toma de muestras: ¿Se le dio educación sobre la importancia de la realización de la citología y utilidad de esta?	48,3	51,7		96,6	3,4		0,000
6. ¿Usted entendió el resultado de la citología?	27,6	72,4	0	73,6	19,5	6,9	0,000
7. ¿El sitio de la toma de la muestra contaba con todo lo necesario para su atención? (baño con papel higienico, bata, camilla adecuada, insumos para la toma de la muestra).	32,3	67,8		95,4	4,6		0,000
8. ¿Considera que para el hospital es importante que usted se haga dicho examen de forma regular?	71,3	28,7		90,8	9,2		0,000
9. ¿Considera que para el hospital es importante que usted conozca el resultado de la citología?	42,5	57,5		92	8		0,000
10. ¿Considera que el hospital hace todo lo posible para que usted conozca dicho resultado?	42,5	57,5		92	8		0,000

* Prueba de Mc Nemar para la diferencia de proporciones antes y después.

En lo que respecta al concepto general de las usuarias sobre el proceso de toma de citología cervical, se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el antes y el después de la implementación del plan de mejoramiento con un valor p de 0,000. Para esta pregunta se tenían cinco opciones de respuesta de las cuales solo tres obtuvieron respuesta ([Tabla 2](#)). La variable calidad evidenció el éxito del plan de mejoramiento ([Figura 1](#)).

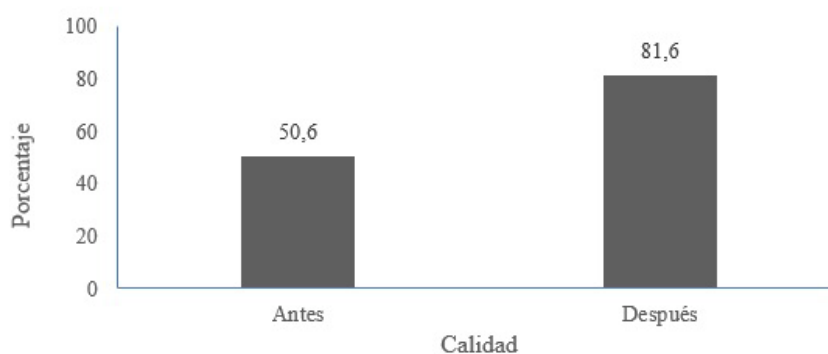
Discusión

En el hospital de Santa Bárbara se detectaron deficiencias en la calidad de la prestación del servicio de tamización de citología cervical, lo que es común con otras instituciones de salud de primer nivel del departamento, tal como lo menciona el estudio Tamayo L. et al. ([10](#)), el cual hace referencia a una calidad deficiente del programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino en los hospitales de los diferentes municipios de Antioquia, entre los que se incluyó el hospital Santa María.

Tabla 2. Comparación de la percepción general de las usuarias sobre el proceso de tamización cervical antes y después de la implementación del plan de mejoramiento.

Pregunta	Pre-test			Pos-test			Valor p*
	Esta bien no tiene nada por mejorar	Está bien pero hay cosas por mejorar	Definitivamente tiene que mejorar	Esta bien no tiene nada por mejorar	Está bien pero hay cosas por mejorar	Le da igual	
	%	%	%	%	%	%	
¿Percibe usted que todo el proceso desde su ingreso, toma muestra, educación, información y entrega resultado?	55,2	43,7	1,1	87,4	9,2	3,4	0,000

* Prueba de Mc Nemar para la diferencia de proporciones antes y después



* Prueba de Mc Nemar para la diferencia de proporciones antes y después

Figura 1: Evaluación del éxito en la implementación de las mejoras en el proceso de citología vaginal.

La anterior problemática se tomó como oportunidad de mejora y llevó a la búsqueda de estrategias que logran ir más allá del cumplimiento de la normatividad y de la calidad técnica del proceso, centrando el servicio en un trato humano y cálido, en un espacio de interacción educativa y de confianza, enfocado en garantizar el seguimiento y continuidad de las usuarias en el proceso; esto se logró por medio del uso de herramientas aplicadas en calidad, tecnología y el compromiso de las directivas y el personal del hospital.

Las características sociodemográficas de las usuarias de este estudio corresponden a las que constituyen una población en riesgo (residentes en zona rural, régimen subsidiado prevaeciente, nivel educativo bajo/medio); sin embargo, llama la atención su participación mayoritaria en el proceso de tamización cervical, lo que podría señalar que la cobertura del sistema de salud permite que esta población se vincule de forma activa en el proceso de toma de citología. No obstante hay que considerar las dificultades existentes en el acceso a la toma de citología (16).

El acceso al servicio de salud es efectivo si hay disponibilidad de recursos, si se presta con calidad y si disminuyen las barreras para su utilización (22). Aunque en Santa Bárbara existe la disponibilidad del recurso, la calidad del servicio y las barreras administrativas estaban presentes como fallas dentro del proceso de tamización, lo cual se logró intervenir a través del plan de mejoramiento.

En un estudio hecho por Tamayo L. et al. (10) se encontró que la percepción de las usuarias sobre el proceso de atención fue calificado con el máximo puntaje por el 43 % de estas. La variable que evaluó dicha percepción en esta investigación antes de la implementación de la mejoras estaba cercana a este valor (55,2 %), lográndose un cambio significativo de esta después de la implementación de las mejoras (87,4 %).

Sin embargo, la calidad de la muestra no mostró diferencia significativa entre el antes y el después de la implementación del plan de mejoramiento, lo que podría llevar a cuestionar la resolución 2003 (23), que exige que la toma de la muestra sea realizada por médicos, enfermeras, bacteriólogos o citotecnólogos, y que en este estudio no mostró tener impacto desde el punto de vista costo/calidad.

Esto debe llamar la atención y hacer evaluar algunos aspectos de las exigencias que en la actualidad les hace la norma a las instituciones prestadoras de servicio de salud, especialmente a las ubicadas en los municipios de menores recursos, donde el talento humano es escaso, y la realidad y el contexto económico dificulta el cumplimiento de unas exigencias que no aportan diferencias en la calidad. Se podría considerar que personal técnico capacitado pueda continuar realizando esta actividad con la misma o mayor calidad que lo hacen el personal exigido por la norma. Aunque esto va en contravía a lo que sugieren Noreña C. y Tamayo L. que afirman que la enfermera con su capacidad científica técnica es la que debe asumir estas funciones como lo establece la norma (24).

Sería interesante que las normas de regulación y calidad en salud fueran evaluadas dentro del contexto y necesidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente de las alejadas de las principales ciudades, ya que este tipo de exigencias implica costos y uso ineficiente del recurso humano sin hacer diferencia en la calidad del servicio.

En lo relacionado con la oportunidad de la prestación del servicio, lo encontrado previo a las mejoras coincide con estudios que describen que el proceso de tamización le puede tomar a una usuaria entre 20 y 90 minutos (10, 13). La Organización Mundial de la Salud y la Alianza para la Prevención del Cáncer Cérvico Uterino (25) hacen referencia a que la oportunidad en la atención percibida por la usuarias es deficiente, en especial en trámites administrativos que son excesivos y agotadores. Con el plan de mejoramiento se logró una mejora tanto desde la percepción subjetiva como desde la evaluación objetiva, dado que las usuarias percibieron que el proceso les tomaba menos tiempo del que esperaban, lográndose disminuir éste a la mitad a través del uso de la metodología LEAN (21), que permitió la identificación de desperdicios y generar un proceso eficiente.

La aptitud del personal encargado de la atención, agrupó nueve variables relacionadas con la educación, la confianza, la comodidad con el procedimiento, el trato y la calidez. Estas últimas no presentaron diferencias en este estudio, siendo su valoración positiva y alta antes y después de la implementación de las mejoras. Weisner C. y et al. hace referencia a los sentimientos de temor y vergüenza de las mujeres ante la toma de la citología cervical, además del trato duro e inhumano de los funcionarios de salud y las explicaciones mínimas sobre los procedimientos (23), afortunadamente este es percibido de forma positiva entre las usuarias del proceso de tamización, por lo que es de gran importancia darle continuidad.

En cuanto a la explicación que se les daba a las usuarias sobre el procedimiento, la posibilidad de resolver dudas, la percepción de que el procedimiento era más cómo-

do (en relación con la colocación de espéculo) y la educación dada por el personal fueron las que presentaron diferencia significativa después de la implementación del plan.

Haber impactado positivamente en estos aspectos es importante, ya que hay estudios a escala mundial, como lo describe Lagoueyete M., que abordan diferentes aspectos en lo relacionado con las razones por las cuales las mujeres no se realizan la citología (26), entre las cuales está el desconocimiento sobre la etiología del cáncer, el objetivo de la citología, la perspectiva de sentir dolor y la vergüenza de exponer los genitales. La autora resalta que el momento de la toma de la muestra resulta especialmente significativo para impartir la educación, y destaca la importancia de esto, pues muchas mujeres se hacen una idea del procedimiento de lo que ha escuchado de otras mujeres.

La decisión de realizarse la citología lleva al concepto de autocuidado (26), que también presentó cambio significativo después de la implementación de las mejoras. Lo que logró aumentar la credibilidad de las usuarias y el grado de satisfacción de estas en el proceso, al percibir una mejor calidad en el servicio, siendo este grado de satisfacción uno de los puntos centrales de la calidad en salud para Donabedian (27).

El entendimiento del resultado de la citología por parte de la usuaria también se reflejó después de la implementación de las mejoras. Esto va ligado no sólo a que dentro del plan de mejoramiento se buscó garantizar que estas reclamaran el resultado, sino que también se contó con el apoyo del personal que indirectamente intervenía en el proceso, explicándolo, aclarando dudas y cuidando el seguimiento estricto de los casos positivos. Garantizar la entrega del resultado acompañado de la comprensión de este es importante; en un estudio de Espinosa M. (28) hace referencia a que el temor a conocer el resultado en muchas ocasiones conlleva a la no reclamación de este; otro estudio menciona que: "Así como algunas mujeres se preocupan porque el resultado tarda mucho en llegar, otras prefieren no conocerlo aun sabiendo que un diagnóstico tardío podría causarles la muerte." (29)

Después de la implementación del plan de mejoramiento las usuarias percibieron cómo el hospital estaba más interesado en que se realizaran la citología cervical, en su comodidad, tranquilidad, educación y acompañamiento lo que mejoró notablemente la imagen de la institución. El hospital logró alinearse con la normativa, prestar un servicio con calidad, congruente con los objetivos del programa, enfocado en la satisfacción y seguimiento oportuno de todas las usuarias.

La variable calidad determinó el éxito del plan de mejoramiento mostrando un cambio significativo después de su implementación, evidenciando la posibilidad de impactar de forma positiva con mejoras simples al proceso de tamización.

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba piloto, se decidió tomar la muestra a conveniencia por la dificultad en la comunicación telefónica con las usuarias para ambas encuestas y así tratar de controlar el sesgo de selección. Además, se decidió utilizar un instrumento creado por las investigadoras según revisión teórica y revisado por expertos, debido a la ausencia de una herramienta que se adaptara a los objetivos y características de este estudio y que fuera validada para este tipo de población; de esta manera se controlaron los sesgos derivados del instrumento. En cuanto al sesgo del observador se realizaron encuestas a 100 usuarias de las cuales la persona encargada del programa no sabía quiénes participarían en la intervención y así evitar un posible trato diferencial que pudieran haber recibido las usuarias participantes en el estudio.

Este estudio abre la posibilidad al planteamiento de una investigación que evalúe de forma comparativa el impacto de la implementación de un plan de mejoramiento en el proceso de citología cervical en hospitales de baja complejidad, teniendo en cuenta que por lo descrito en la literatura, en general, presentan las mismas limitaciones y dificultades. Esto, con el fin de darle un soporte científico más fuerte al presente estudio además de permitir la aplicación del programa de mejoramiento evaluado, en otras instituciones del país.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al hospital Santa María de Santa Bárbara y a la Universidad CES, por su contribución para la elaboración de esta investigación. Estas instituciones tienen conocimiento de la publicación y están de acuerdo con la inclusión de su nombre.

Fuente de financiación

La presente investigación se financió con recursos propios de los investigadores y con recursos de la convocatoria de mínima cuantía de la Universidad CES.

Referencias

1. Lewis JM. Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe. [internet] Washington, D.C. OPS 2004, [consultado 2014 Nov 2]. Disponible en: <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048376/cacuanal.pdf>.
2. Serman F. Cáncer cervicouterino: Epidemiología, historia natural y rol del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67 (4): 318- 323.
3. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Parkin DM. Incidencia y mortalidad de cáncer cervical en América Latina. Salud Publica Mex 2003;45 supl 3:S306-S314. Este artículo también está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.htm>.
4. Wiesner-Ceballos C, Murillo Moreno RH, Piñeros Petersen M, Tovar-Murillo SL, Cendales Duarte R, Gutiérrez MC. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. Rev Panam Salud Pública. 2009;25(1):1-8. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000100001
5. Piñeros M, Cendales R, Murillo R, Wiesner C, Tovar S. Pap test coverage and related factors in Colombia, 2005. Rev Salud Pública. septiembre de 2007;9(3):327-41. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000300002
6. Cendales R, Piñeros M, Wiesner C, Murillo R, Tovar S. Cobertura de la citología cérvico-uterina y factores relacionados en cuatro departamentos de Colombia. Revista Colombiana de Cancerología. 2008 Julio 21; 12(3): p. 119-125. <http://www.cancer.gov.co/images/revistas/2008/volumen3/2.%20Resumen.pdf>
7. Gobernación de Antioquia. Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Situación del cáncer en el departamento de Antioquia. Análisis de la información preliminar, años 2007 a 2009. Registro Poblacional de Cáncer en Antioquia (RPCA). Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/246-analisis-cancer/file>.

8. Gobernación de Antioquia. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social. Población 2016. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/poblacion/item/634>.
9. Gobernación de Antioquia. Secretaria Seccional de Salud y Protección Social. Mortalidad por cáncer por subregión municipio 2005-2014. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/mortalidad/item/80>.
10. Tamayo L, Henao L. Calidad del programa detección temprana y control de cáncer de cuello uterino en hospitales públicos de municipios con altas tasas de mortalidad, Antioquia, Colombia, 2010. Medicina y Laboratorio. Volumen 18, 11-12 2012, paginas 537-556. Med Lab. 18 numeros 11-12 2012:537-56. <http://www.edimeco.com/phocadownloadpap/2012/articulos-investigacion/calidad%20del%20programa%20deteccion%20cancer%20de%20cuello%20uterino.pdf>
11. Alliance for Cervical Cancer Prevention. World Health Organization. International network for cancer treatment research. Planificación y aplicación de los programas de prevención y control del cáncer cérvico-uterino. Manual para gestores. Ginebra; 2006.
12. Wiesner C, Cendales R, Murillo R, Piñeros S, Tovar S. Seguimiento de mujeres con anormalidad citológica de cuello uterino, en Colombia. Rev Salud Pública. 2010;12(1):1-13. <http://www.bdigital.unal.edu.co/33202/1/32995-122301-2-PB.pdf>
13. Noreña-Quiceno C, Tamayo-Acevedo LS. Cervical Cancer: Analysis of the Quality of a Program. Aquichán. abril de 2010;10(1):52-68. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972010000100006
14. Murillo R, Wiesner C, Cendales R, Piñeros M, Tovar S. Comprehensive evaluation of cervical cancer screening programs: the case of Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53:469-77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22282139>
15. Murillo R. Control del cáncer de cuello uterino: triunfos y desafíos de la tamización basada en la citología cérvico-uterina. Biomédica: Revista Del Instituto Nacional De Salud. diciembre de 2008;28(4). <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/52/379>
16. Cuesta L, Iván D, Gutiérrez G, Fernando L. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. Rev Esp Salud Pública. junio de 2004;78(3):367-77. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300006
17. Tamayo LS, Chávez MG, Henao LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. Rev Fac Nac Salud Pública 2009;27(2): 177-186. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a09.pdf>
18. World Health Organization. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2007. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>

19. República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá, DC: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_2003_2014.htm
20. Liga Colombiana Contra el Cáncer. Guías Generales para los Programas de Citologías de Cuello Cervico Uterino. 2005.
21. Lynn D. Martin, Sally E. Rampersad, Daniel K.W. Low y Mark A. Reed Mejora-miento de los procesos en el quirófano mediante la aplicación de la metodología Lean de Toyota. Rev. Colombiana de anestesiología 2014;4 2(3):220-228. <http://www.revcolanest.com.co/es/mejoramiento-los-procesos-el-quirofano/articulo/S0120334714000598/>
22. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex 2015;57:180-186. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
23. Wiesner C, Vejarano M, Caicedo J, Tovar S, Murillo S, Cendales R. La Citología de Cuello Uterino en Soacha, Colombia: Representaciones Sociales, Barreras y Moti-vaciones . Revista de Salud Pública· Volumen 8 (3), Noviembre 2006. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300004
24. Noreña C, Tamayo L. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. Aquichan [Internet]. 2010 [citado 16 de mayo de 2016];10(1). Recuperado a partir de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1606>
25. Alianza para la prevención del cáncer cervicouterino (ACCP). Planificación y apli-cación de los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino: Ma-nual para gestoras. Seattle: ACCP;2006. http://screening.iarc.fr/doc/RH_accp_mfm_sp.pdf
26. Lagoueyte-Gomez MI. Citología vaginal una mirada desde las mujeres. Vol XX No. 22, Universidad de Antioquia. Medellín, Septiembre de 2002: 58- 69. <https://aprendeen-linea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16730>
27. Donabedian A, Attwood JC. An Evaluation of Administrative Controls in Medical Care Programs. New England Journal of Medicine, 1963; (269):347-354. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM196308152690706>
28. Espinosa-Granados LM, Valdivieso J, Joya M, Plata-Rondano M, Julio- Quintero L. Factores influyentes en la utilización del servicio de citología en una universidad. Revista Cuidarte, vol. 1, núm. 1, enero-diciembre , 2010 , pp. 19-25 Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia. <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/70>
29. Sanabria N. Conocimientos, prácticas y percepciones de mujeres sobre la ci-tología vaginal. Rev Enfermería en Costa Rica. 2012, 33 (2): 82 - 89. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art4.pdf>