

## 1. Introducción

Uno de los conceptos que mayor crecimiento y relevancia ha experimentado en el marco de la medicina gestionada actual, es el concepto de calidad. Cada día se logra ver cómo se enfatiza y se intenta dirigir la gestión en los diferentes sectores y procesos a partir de este concepto. El campo de la atención de enfermedades no es la excepción, en los últimos veinte años este modelo se ha reinventado, enfocando su evaluación y el diseño de estrategias en objetivos de calidad que permiten mejorar y optimizar la atención, en especial de las enfermedades crónicas, para las cuales se han dado a conocer los modelos pioneros con este enfoque, según lo descrito por los autores (Terol, 2001; Pinzón Espitia *et al*, 2016).

La gestión de enfermedades, como se le conoce al “conjunto de acciones en calidad, dirigidas a optimizar el abordaje y atención de eventos en salud por medio de procesos que busquen coordinar: recursos disponibles en el sistema, factores asociados al ciclo de vida de la enfermedad, factores asociados a quien la padece y la evidencia científica necesaria” (Terol, 2001 p.47), es un concepto que surge como consecuencia de la necesidad por optimizar los resultados e incrementar la calidad a diferentes niveles del proceso de atención: (clínico, calidad de vida, satisfacción de usuarios - profesionales y gestión eficiente de recursos económicos) (Terol,2001). La gestión de enfermedades tiene como objetivo principal obtener resultados cada vez mejores, con altos estándares de calidad y óptimos niveles de satisfacción por parte de los usuarios.

Dentro de los modelos de gestión en calidad, se encuentran las herramientas principales para el diseño, evaluación y ejecución de estrategias necesarias en la planeación de procesos en salud, “estos modelos tienen como fin principal estructurar, controlar y mejorar las actividades habituales que se desarrollan en una organización o en la prestación de un servicio” (Mas *et al*, 2015 p. 92 ) son parte fundamental de la estructura dinámica propia que exige el sistema y de la innovación constante a la que está ligada la planeación de estrategias en salud.

Uno de los modelos considerados referente mundial y de los más innovadores en este campo, es el modelo de gestión de calidad en Cuidado Crónico, diseñado por el médico y director del *MacColl Institute for Healthcare Innovación* de Seattle, en EE. UU, Edward Wagner (Morel, 2011). El Dr. Wagner, con su equipo de trabajo, llevó a cabo un análisis de diferentes propuestas encaminadas a mejorar la gestión de las enfermedades crónicas, haciendo especial énfasis en la importancia del compromiso comunitario en actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, resaltando a su vez la necesidad de optimizar el uso de los recursos con los que cuenta el Sistema para tal fin, y políticas sanitarias encaminadas a obtener pacientes activos e informados frente a su enfermedad, en concordancia con un equipo dinámico de profesionales con los conocimientos y experiencia precisos, como elementos centrales del Sistema.( Morel, 2011; Barceló *et al*, 2013)

Este modelo de gestión en calidad de cuidado crónico propone la categorización de los protocolos establecidos para la atención de enfermedades a partir de seis grandes categorías: “1. Organización del sistema, 2. Diseño del modelo de prestación de cuidado, 3. Sistemas de información clínica, 4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas, 5. Apoyo al

autocuidado y 6. Recursos y políticas comunitarias”. (Morel, 2011, p.3), elementos que permiten clasificar las acciones encaminadas a la realización de un proceso de diagnóstico de los diferentes modelos de atención en marcha, facilitando la organización y presentación de las oportunidades de mejora a diferentes niveles como primera medida.

En Colombia, una de las enfermedades crónicas con mayor incidencia y mortalidad en la población, después de la enfermedad cardiovascular, es el cáncer, según la información puesta en conocimiento en el portal web para Colombia de la Organización Panamericana de la Salud. (Las enfermedades no transmisibles, nuestro reto, 2011, OPS, Colombia, recuperado de [www.paho.org/col/index-enfermedades-no-transmisibles](http://www.paho.org/col/index-enfermedades-no-transmisibles) Julio, 2020).

En la población femenina se encuentran las dos principales causas de muerte por esta enfermedad, el cáncer de mama y el cáncer de cérvix. “Este último afecta principalmente a mujeres entre 32 - 52 años, ocupando el segundo lugar en diagnóstico de cáncer en mujeres y en el tercero en toda la población colombiana” (Jiménez Herrera 2018 p.13).

El Sistema de Salud colombiano cuenta con las herramientas básicas para dirigir la prevención y abordaje oportuno de esta enfermedad, existen protocolos de tamizaje y detección temprana establecidos, la vacuna fue introducida en el plan de salud en 2012 y reglamentadas como base de la detección temprana de lesiones precancerosas de cuello uterino, para los regímenes subsidiado y contributivo a partir de la Resolución 3280 del 2018. (Murillo, 2018). Se tiene la claridad de estar frente a una patología que se puede prevenir y curar siempre y cuando sea detectada a tiempo, logrando de esta forma, disminuir la incidencia y mortalidad de la enfermedad. Sin embargo, las cifras reportadas aún no logran

ser insignificantes para la salud pública nacional, por ende, se considera necesario la innovación y diseño de herramientas dirigidas a evaluar el modelo de atención actual.

El presente trabajo, pretende realizar una revisión documental centrada en evaluar las acciones actuales incluidas en el modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, contrastadas con modelos de atención internacionales que representen experiencias exitosas en la evaluación del abordaje y manejo de esta patología, con el fin de construir un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, que incluya los principales elementos a considerar dentro del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las Instituciones de salud del país, siguiendo cada una de las categorías planteadas por el modelo de Gestión en Cuidado Crónico de Edward Wagner.

## **2. Marco de referencia**

### *2.1 Marco conceptual*

#### *2.1.1. Gestión de Calidad*

Actualmente los Sistemas de Salud se ven enfrentados a uno de los retos más grandes dentro de su historia, el abordaje y atención eficaz de los pacientes con patologías de carácter crónico, aquellas “enfermedades no autolimitadas y de progresión lenta que representan un desafío importante para el correcto funcionamiento del Sistema”, (Enfermedades crónicas 2020, OMS, recuperado de [www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es) Julio 2020). El modelo de atención dirigido a estas patologías reclama con premura un replanteamiento que resulte en la implementación de cambios clave en la metodología de abordaje, atención y seguimiento de estos pacientes, un proceso que se adapte mejor al dinamismo propio del curso de estas enfermedades y con el cual se logre optimizar el abordaje, elevando los niveles de calidad e incrementando la eficiencia de los recursos con los cuales cuenta el sistema para su atención. (Pinzón, *et al*, 2016)

Los sistemas de gestión de calidad (SGC) se han convertido en la mejor alternativa para evaluar, replantear y estructurar de manera adecuada los modelos de atención en salud vigentes. La gestión de la calidad es una herramienta de gran utilidad al momento de “establecer, regular y optimizar las actividades que se llevan a cabo en una institución propias de la prestación de un servicio” (Mas *et al* 2015 p.92). Es un concepto que a pesar de tener su origen en la industria, se puede aplicar en diversos campos, incluido el campo de la salud

y busca la organización de los servicios ofertados basándose en requisitos previamente establecidos, con miras a la generación de alertas y sistemas de evaluación continua que permita monitorear el curso de las actividades y programas, con la intención de generar un impacto positivo en la satisfacción de los usuarios, cumpliendo a cabalidad sus expectativas, por medio del pilar fundamental de excelencia en la calidad a lo largo del proceso, diseñado para el abordaje de los pacientes con este tipo de enfermedades. (Mas *et al*, 2015)

La calidad, como concepto, toma un papel protagónico al momento de plantear estrategias de atención de pacientes con patología crónica y programas generales de atención en salud. Se ha convertido en una constante dentro del desarrollo de las diferentes fases que conforman los modelos de atención, y actualmente es entendida como el “conjunto de cualidades propias de un servicio, necesarias para cumplir con los requerimientos de los usuarios y de los demás actores del sistema” (Tarí Guilló, 2000 p.25), teniendo en cuenta que es un proceso llevado a cabo necesariamente con la menor cantidad de eventos adversos, deficiencias y errores posibles dentro de su ejecución. Es un concepto que ha evolucionado y hoy en día no solo se habla de calidad del servicio referido al resultado exitoso de un producto terminado u ofrecido para el caso de los servicios de salud, sino, sumado a lo anterior, pretende avanzar hacia una aproximación de “calidad total”, concepto que incluye la fase de estructuración, desarrollo del proceso, resultados y retroalimentación por parte de los usuarios, en donde, más allá de buscar el control de las actividades por medio de la inspección en el desarrollo de las mismas, se amplía la perspectiva involucrando diferentes áreas de la institución, dirigidas a la prevención de la enfermedad como primera medida para optimizar y mejorar la ejecución de los programas en curso. (Tarí Guilló, 2000)

Los procesos en salud por sí mismos, dado a las implicaciones propias con las cuales cuentan, deben tener implícito el concepto de calidad y de correcta ejecución. Sin embargo, esta concepción por sí misma no es suficiente, “es necesario contar con herramientas estructuradas capaces de brindar elementos para evaluar en todo momento la forma como se llevan a cabo los procesos y que permitan determinar las previsiones presentes” (Mas *et al*, 2015 p.93), este es el objetivo máximo de la Gestión de la calidad en salud.

#### *2.1.1.1 Gestión de enfermedades*

Si se toma como referente el concepto de necesidad de los SGC en el diseño y ejecución de modelos de atención en salud, surge un concepto más concreto cuyo enfoque de gestión está dirigido a los procesos patológicos mayoritariamente de carácter crónico, la Gestión de Enfermedades, concepto que “se originó en los Estados Unidos en la década de los 80’s, enfocado al mejoramiento y optimización notable en la atención y el manejo de patologías crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes, patología coronaria, artritis reumatoidea y cáncer” (Terol, 2001 p.48), cuenta con un enfoque de gestión dirigido a la correcta coordinación de todos los recursos disponibles en el Sistema de Salud, para la atención de los pacientes con este tipo de patologías, que por su curso natural, devengan altos costos a largo plazo para el Sistema, dirigiéndolo necesariamente a la toma de conductas que afectan la eficiencia, eficacia y por ende la calidad en la atención limitando el logro de un impacto positivo perdurable en el tiempo sobre la salud de la población. (Terol,2001)

La gestión de enfermedades está diseñada para hacer presencia a lo largo del proceso de abordaje durante toda la historia natural de la enfermedad, previendo su aparición o minimizando sus efectos de una manera significativa. En primera instancia, se enfoca en la

identificación efectiva de población en riesgo como medida inicial que busca disminuir la incidencia de patologías y sus potenciales complicaciones (Pinzón *et al*, 2016). Se encuentra orientada a su vez, en optimizar la atención y cuidado de pacientes que padecen algún tipo de enfermedad crónica a partir de una visión multidisciplinaria, basada en evidencia científica como pilar en la toma de decisiones, en pro de la consolidación y el refuerzo en la relación del médico con el paciente, favoreciendo procesos de capacitación y educación, encaminados al empoderamiento del mismo paciente y de su familia, logrando autogestión y auto cuidado, que finamente van a impactar favorablemente en la salud poblacional, en el control adecuado de costos, y el incremento en los niveles de calidad. (Pinzón *et al*, 2016) Finalmente, este concepto “contempla la fase de evaluación constante del proceso y sus resultados, como medida que permite el monitoreo y la implementación de mejora continua dentro de un modelo de atención.” (Mas *et al* 2018 p.92)

#### *2.1.1.2 Modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner*

En el contexto de la gestión de enfermedades, surge un modelo enfocado al cuidado de enfermedades crónicas el cual pretende generar un punto de encuentro entre el paciente capacitado, comprometido y motivado con el manejo de su patología o factores de riesgo para desarrollarla y un equipo de profesionales idóneos que basen sus decisiones en guías de práctica clínica y evidencia científica, encargados de dirigir y optimizar el manejo de estos pacientes, en el contexto de una comunidad que participa activamente, previo proceso de educación y capacitación en la prevención y apoyo del cuidado de los pacientes con este tipo de enfermedades. (Rojo, 2018)

El modelo de gestión de cuidado crónico (MCC) diseñado por el “médico estadounidense Edward Wagner y su equipo de colaboradores del *MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle*, Estados Unidos, 1999” (Wagner *et al* 2001 p.64), se establece como uno de los modelos referente más importantes a nivel mundial para el análisis y desarrollo de sistemas de gestión de enfermedades crónicas, se convirtió en el punto de partida para el desarrollo del modelo canadiense de atención a crónicos expandido y el sistema de atención innovadora para las condiciones crónicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002, por citar dos de los modelos ejemplo más reconocidos. (Morel, 2011)

El fundamento del MCC de Wagner, como lo explica (Rubiera López, 2004 p.207) se encuentra dirigido a conseguir como punto de partida 6 objetivos:

1. Educación del paciente y su familia, evitando que se conviertan en agentes pasivos frente a la enfermedad, con participación de la comunidad.
2. Capacitación de los profesionales frente a enfermedades crónicas promoviendo la toma de decisiones específicas a partir de evidencia científica, centradas en las necesidades particulares de la población.
3. Identificación eficaz de población en riesgo
4. Mejoramiento continuo de la calidad en la atención y programas de prevención.
5. Coordinación entre los diferentes actores del modelo multidisciplinario
6. Establecimiento de un sistema de monitoreo y evaluación constante de los resultados.

El modelo diseñado por el Dr. Wagner, plantea y resalta la importancia de fortalecer el primer nivel de atención de los sistemas de salud, supone replantear los procesos que se llevan a cabo a este nivel dado a que se convierte en la puerta de entrada de los pacientes y

el primer contacto para lograr una correcta identificación de la población en riesgo, con la oportunidad de plantear estrategias para mitigar el desarrollo de estas enfermedades en la población. (Morel, 2011)

En la guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas, publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el año 2010, el Dr. Vivas Consuelo, resalta el planteamiento sugerido en el MCC de Wagner, referente al abordaje de las patologías crónicas, como resultado de la proyección de tres diferentes planos (Fig. 1), “1. La comunidad, sus políticas, recursos públicos y privados con los cuales cuenta, 2. El sistema de salud con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y 3. El nivel de la práctica clínica” (Vivas Consuelo, 2010 p. 29) estos planos mencionados en el modelo de Wagner se relacionan entre sí para lograr una interacción productiva que conlleva al mejoramiento de los resultados en la atención.

**Figura 1.** *Interacción de planos en el Modelo de Cuidado crónico de Edward Wagner.*



**Fuente:** *Lange, I., & Campos, S. (2013). Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud [E-book]. Santiago de Chile.*

Dentro de este marco, el modelo de gestión de cuidado crónico de Wagner propone seis elementos para evaluar los modelos de atención en curso, y a su vez “identificar

oportunidades de mejora en cada uno de ellos, para así diseñar un plan que permita la corrección de las falencias detectadas, manteniendo la etapa de evaluación constante a lo largo del proceso y posterior a este”. (Wagner, 2001 p.69).

Las seis categorías planteados (Tabla 1) conforman una guía práctica para la estructuración de un modelo de cuidado dirigido a enfermedades crónicas, son seis elementos interdependientes, que interactúan y se complementan para lograr abarcar los aspectos más importantes en la evaluación de un modelo de atención (Wagner,2001).

**Tabla 1. Elementos de evaluación propuestos por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner**

Elemento	Definición	Factores de evaluación
<b>1.Organización del sistema:</b>	Busca llevar a cabo un análisis de las principales herramientas de gestión que tiene el modelo en curso y que le permiten la conformación de una estructura idónea en la atención de enfermedades crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Indicadores en el monitoreo de actividades e interacción con los demás agentes del sistema</li> <li>✓ Metas definidas en clave de los resultados</li> <li>✓ Actividades estructuradas</li> <li>✓ Plan de mejora frente a resultados</li> <li>✓ Claridad en la asignación de labores de liderazgo dentro del modelo</li> <li>✓ Incentivos basados en resultados.</li> </ul>
<b>2. Diseño del modelo de cuidados:</b>	Busca analizar los instrumentos que permiten organizar la prestación de los servicios de manera que se optimice la atención y se individualicen las acciones acordes a las necesidades de la población.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diseño del proceso asistencial.</li> <li>✓ Establecimiento de atención multidisciplinaria.</li> <li>✓ Conformación de grupos de apoyo, con asignación de tareas.</li> <li>✓ Coordinación del proceso y agentes</li> </ul>
<b>3. El apoyo para la toma de decisiones clínicas:</b>	Busca identificar la disponibilidad de herramientas de apoyo de decisiones clínicas basadas en evidencia científica	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ GPC y Protocolos</li> <li>✓ Jornadas de actualización y capacitación de los profesionales a cargo</li> </ul>
<b>4.El apoyo al autocuidado:</b>	Análisis de las intervenciones dirigidas al fortalecimiento y empoderamiento de la comunidad y la población en riesgo, así como los pacientes, dentro de la identificación oportuna y manejo crónico de su enfermedad según el caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Disponibilidad y calidad del material de educación.</li> <li>✓ Intervenciones comunitarias, programas para fomentar el autocuidado</li> <li>✓ Uso de herramientas digitales para optimizar la autogestión y de Participación de la población y los pacientes en la toma de decisiones.</li> </ul>
<b>5. Recursos y políticas comunitarias:</b>	Análisis de los recursos con los cuales cuenta el sistema de salud y las políticas comunitarias establecidas que apoyan la ejecución de acciones propias del modelo, las deben estar acopladas a las necesidades de la población y su contexto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estrategias para moderar barreras de acceso</li> <li>✓ Plan de mejora en el acceso de la población a los programas diseñados.</li> <li>✓ Acuerdos con entidades territoriales, organizaciones comunitarias.</li> </ul>

<b>6. Los sistemas de información clínica:</b>	Análisis del estado de registros clínicos en pro de una atención más coordinada, eficaz y eficiente.	✓ Estado de interoperabilidad de la HCE actual dentro del sistema de salud. Sistemas de alerta o establecimiento de un sistema de interconsultas. Identificación, captación y registro de población en riesgo. Medición e interpretación de resultados.
--	--	---

**Fuente:** *Las autoras a partir de revisión documental de Rojo, A., Arratibel, P., & Bengoa, R. (2018). Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. Madrid, España.*

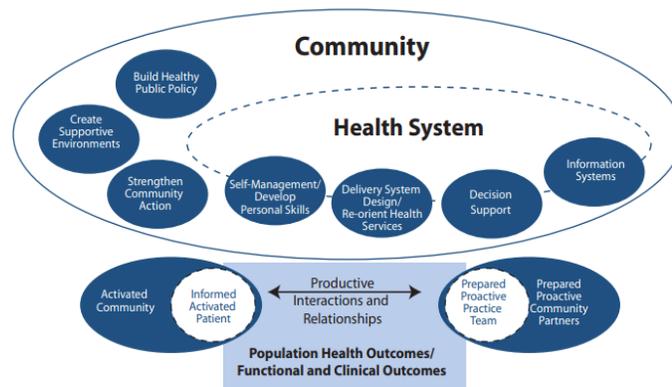
### 2.1.2 Experiencia Internacional

#### 2.1.2.1 Aplicación del modelo de Edward Wagner en la evaluación y categorización de acciones, de los modelos de atención de enfermedades crónicas.

El modelo de gestión de Edward Wagner ha brindado la base para el diseño y aplicación de modelos de gestión de enfermedades crónicas en diversos países e instituciones, se exalta en estas experiencias su versatilidad para poder aplicarlo a diferentes contextos y patologías, así como su practicidad e integralidad al momento de evaluar los modelos de atención. (Barr, 2003)

El Sistema de Atención a Crónicos Expandido, implementado por el gobierno de British Columbia en Canadá, (Fig.2) se basó esencialmente en los principios propuestos por Edward Wagner, contempla las mismas esferas, sin embargo hace especial énfasis en la permeabilidad de la relación existente entre el Sistema de Salud y la comunidad, esta porosidad representa un constante flujo de información, ideas y recursos entre la comunidad y el sistema de salud, así como la ubicación de cuatro de los seis elementos originales, “1. El soporte de autogestión, 2. El soporte de decisiones clínicas, 3. La organización del sistema y 4. Los sistemas de información, en el límite entre la comunidad y el sistema, considerando que son áreas que logran integrarse en la prestación del servicio y las actividades de promoción de la salud de la población” (Barr, 2003 p.76).

**Figura 2.** *Modelo Canadiense de atención a pacientes crónicos expandido*



**Fuente:** Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dottss, A., Ravensdale, D., & Salivara, S. (2003). *The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*

La experiencia con el modelo canadiense adaptado a partir de la propuesta del Dr. Wagner, en el manejo de pacientes crónicos, “especialmente con diabetes mellitus tipo II, dislipidemias, enfermedad cardiovascular y EPOC, como población elegida inicialmente en uno de los estudios pioneros en el campo, aplicado en la ciudad de Calgary, Provincia de Alberta – Canadá entre el año 2009 – 2010” (Delon & MacKinnon, 2009 p.99), da a conocer resultados positivos con su aplicación, luego de la restructuración del enfoque asistencial, cuyas premisas fueron el fortalecimiento de la relación y la comunicación entre el paciente y el grupo asistencial multidisciplinario a cargo del manejo de su condición, la toma de decisiones a partir de evidencia científica y enfatizó en actividades de promoción de la salud, prevención de complicaciones en atención primaria (Delon & MacKinnon, 2009)

Entre el inicio del estudio y un año de seguimiento posterior a este, “se evidenció un incremento del 17% en el número de pacientes con diabetes mellitus tipo II a los cuales se les ordenó la prueba de A1c (Hemoglobina glicosilada)” (Delon & MacKinnon, 2009 p. 103),

esencial para el seguimiento y establecimiento del control de la patología por parte del médico tratante, junto con la gestión de programas de autocuidado que involucraran al paciente en la comprensión y conciencia para el manejo de su enfermedad; “así mismo se reportó un aumento del 13% en el número de pacientes con pruebas de colesterol y triglicéridos, junto con el seguimiento de los resultados por parte de un grupo clínico de apoyo conformado por el médico tratante, médico internista, profesional de enfermería, nutrición y voluntarios capacitados” (Delon & MacKinnon, 2009 p.99), personal encargado de organizar jornadas de capacitación en hábitos de vida saludable dentro de la comunidad y resolución de inquietudes frecuentes.

En cuanto al porcentaje de hospitalizaciones “se reportó una disminución del 19% en los ingresos de pacientes por exacerbaciones de EPOC, y una disminución del 41% y el 34% de las hospitalizaciones y visitas al servicio de urgencias, de pacientes con enfermedad cardiovascular, respectivamente” (Delon & MacKinnon, 2009 p.103), resultados obtenidos en la fase posterior al proceso de reestructuración del modelo de atención, basados en el análisis y aplicación de los elementos del modelo de Edward Wagner.

La OMS llevó a cabo una de las adaptaciones del MCC de Wagner más populares a nivel mundial, conocida como Perfil de Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas (AICC) (Barceló *et al*, 2013) (Fig. 3), este modelo implementa un ítem adicional al modelo original referente a políticas de salud, “buscando optimizar los recursos disponibles y tomando en cuenta el contexto demográfico y geográfico específico de cada país que busque la aplicación dentro de su propio sistema de atención”. (Barceló *et al*, 2013 p.23)

**Figura 3.** *Perfil de Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas, Organización Mundial de la Salud*



**Fuente:** *Vivas Consuelo, D., Vivas, P., & Álvarez Martínez, M. Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas, Bogotá Colombia.*

El modelo propuesto por la OMS, surge directamente de la necesidad por dar respuesta desde múltiples perspectivas, a una epidemia global de enfermedades crónicas, (Vivas Consuelo, 2010), sin embargo, es interesante el análisis que se planteó previo al desarrollo de este modelo, dado que se evidenció como no toda la población en riesgo ni los pacientes que padecían patologías con estas características, conseguían beneficiarse de las estrategias en salud implementadas en su país, situación que resulto explicable gracias al fallo en el enfoque de los sistemas y modelos de atención, los cuales en su mayoría se encontraban dirigidos al manejo de procesos agudos y se aplicaban las mismas estrategias para implementar las acciones en enfermedades crónicas, lo cual llevaba a un déficit en la calidad,

y los resultados a largo plazo para el sistema eran claramente desalentadores. (Barceló *et al.* 2013)

Por esta razón, la OMS decidió plantear una adaptación específica, dirigida a las necesidades de esta población y apoyara el proceso de reestructuración de los modelos de atención a crónicos, con el fin de conseguir de esta manera mejorar el énfasis e individualizar el abordaje de los pacientes y la población en riesgo. (Barceló *et al.* 2013)

La evidencia y gran parte de la experiencia internacional, se encuentra presente solo en ciertas patologías para las cuales la estructuración de los programas de gestión de enfermedades ha demostrado ser eficaces, como lo son el EPOC, la diabetes mellitus tipo II, depresión, artritis y enfermedad coronaria. La OMS sin embargo plantea que en general “la totalidad de las patologías crónicas son susceptibles de incluirse y evaluarse mediante el MCC” (Vivas Consuelo, 2010 p.44)

Una de las experiencias más recientes e interesantes del MCC de Wagner aplicado en la atención de enfermedades crónicas, se llevó a cabo en el 2018 en España con el diseño del Modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH, “esta estrategia buscó identificar las principales áreas de mejora del modelo en curso de cuidados, dirigidos a pacientes con VIH en España, y ofrecer a su vez las recomendaciones pertinentes utilizando como base los elementos clave del MCC de Wagner, el cual ha probado resultados positivos en otras enfermedades” (Rojo, 2018 p.6).

Las principales áreas de mejora que lograron identificar en cada uno de los elementos de evaluación y análisis planteados por el modelo de Wagner y aplicados al modelo de cuidado de pacientes con VIH en España, se presentan de manera resumida en (Tabla 2).

**Tabla 2.** *Análisis del modelo español de cuidados a pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, a partir del Modelo de cuidado crónico de Edward Wagner.*

Elemento	Factores evaluados	Oportunidades de mejora encontradas	Recomendaciones generadas
<b>1.Organización del sistema:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicadores y metas definidas en clave de los resultados</li> <li>-Actividades estructuradas</li> <li>-Plan de mejora frente a resultados</li> <li>-Claridad en la asignación de labores de liderazgo dentro del modelo</li> <li>-Incentivos basados en resultados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-No existen resultados clínicos compartidos.</li> <li>-No existe una visión ni metas/objetivos compartidos entre agentes.</li> <li>-No existen sistemas de incentivos vinculados al cumplimiento de resultados clínicos</li> <li>-No se identifican procesos de aprendizaje y mejora continua estructurados para la evaluación</li> <li>-No hay reuniones e planificaciones periódicas entre los niveles asistenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer metas en clave de resultados y no en base a la actividad o al consumo de recursos.</li> <li>Mejora del potencial preventivo.</li> <li>Calidad y seguridad clínica.</li> <li>Reducir Incidencia</li> <li>Evaluar satisfacción de pacientes y profesionales</li> <li>-Consolidación de una red de profesionales que trabajan de manera colaborativa con reuniones.</li> <li>-Aplicación del ciclo PDSA o ciclo de Deming</li> <li>-Incentivos dirigidos a la asignación de recursos económicos basado en resultados finales en el abordaje del VIH</li> </ul>
<b>2. Diseño del modelo de cuidados:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diseño del proceso asistencial</li> <li>-Establecimiento de atención multidisciplinaria.</li> <li>-Conformación de grupos de apoyo.</li> <li>-Coordinación de la acción programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El diseño del modelo de prestación de cuidados es dependiente del contexto y de recursos disponibles.</li> <li>-No evidencia de trabajo en equipo estructurado y por ende se ve una prestación fragmentada</li> <li>-No se mide el cumplimiento de GPC en las unidades de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfoque multidisciplinario Paciente – Comunidad Médicos expertos en VIH, personal de enfermería, farmacéuticos/as hospitalarios, trabajadores sociales y psicólogos.</li> <li>-Medir sistemáticamente el porcentaje de pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados</li> <li>-Promover el trabajo en equipo y el desarrollo de reuniones sistemáticas</li> <li>-Incorporar mayor coordinación entre profesionales que facilite el acto único</li> <li>-Promover iniciativas de humanización</li> <li>Explorar el uso y desarrollo de telemedicina para seguimiento de pacientes.</li> </ul>
<b>3. El apoyo para la toma de decisiones clínicas:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-GPC</li> <li>-Protocolos</li> <li>-Jornadas de actualización y capacitación de los profesionales a cargo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La aplicación de las guías a la práctica asistencial no se mide.</li> <li>-No existen, con carácter general, instrumentos que incentiven el uso de las guías clínicas</li> <li>-La formación se lleva a cabo a través de congresos y formación continuada, mayoritariamente en el ámbito clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Enfoque en la disponibilidad de sistemas de medición de indicadores de calidad y seguridad clínica que recogen las guías en la práctica clínica</li> <li>-Medir porcentaje de pacientes que reciben “la oferta de cuidados evidenciados”.</li> </ul>
<b>4.El apoyo al autocuidado:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Material de educación.</li> <li>-Intervenciones comunitarias, programas y campañas en pro del autocuidado</li> <li>-Uso de herramientas digitales para optimizar la autogestión y de participación de la población y los pacientes en la toma de decisiones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dificultad para implementar iniciativas de autogestión predominio de intervenciones de información como única medida.</li> <li>-No se individualiza enfoque de capacitación según población.</li> <li>-Reducción de fondos disponibles para esta tarea,</li> <li>-No se identifica con claridad los agentes encargados de liderar programa de autocuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrategias de autocuidado para pacientes con VIH según cada contexto local</li> <li>-Explotar, a nivel local, el potencial de intervenciones de autogestión con el apoyo de pares</li> <li>-Explotar el potencial de la m.Health para fomentar el autocuidado de pacientes.</li> </ul>
<b>5. Recursos y políticas comunitarias:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrategias en barreras de acceso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La oferta de recursos comunitarios en cada contexto local es heterogénea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Desarrollar un mapa de recursos comunitarios a nivel local y promover conexiones para establecer estrategias</li> </ul>

Elemento	Factores evaluados	Oportunidades de mejora encontradas	Recomendaciones generadas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Plan de mejora en el acceso de la población a los programas diseñados.</li> <li>-Acuerdos con entidades territoriales, organizaciones comunitarias.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>correlacionadas a las necesidades de la población.</li> <li>-Estructurar estrategias para satisfacer necesidades psicosociales de la población.</li> </ul>
<b>6. Los sistemas de información clínica:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Interoperabilidad de la historia clínica electrónica.</li> <li>-Sistemas de alerta e interconsultas.</li> <li>-Identificación, captación y registro de población en riesgo.</li> <li>-Medición e interpretación de resultados de estrategias de prevención y seguimiento de los pacientes ya diagnosticados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Segregación y heterogeneidad en el nivel de implementación de la historia clínica electrónica compartida (HCE).</li> <li>-No se identifican sistemas implementados en las unidades de VIH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover implementación de la historia clínica electrónica compartida e interconsultas.</li> <li>Implementación de sistemas de estratificación a dos niveles:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Poblacionales en riesgo</li> <li>b. Paciente diagnosticado</li> </ul> </li> <li>-Trabajar en la selección y priorización de alertas clave de apoyo a la toma de decisiones clínicas                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Alertas para cribados</li> <li>Alertas para fármacos</li> <li>Alertas clínicas</li> <li>Interacciones</li> <li>Alertas de gestión y organización</li> </ul> </li> </ul>

**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de revisión documental de Rojo, A., Arratibel, P., & Bengoa, R. (2018). Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. Madrid, España.*

Los referentes internacionales de aplicación y adaptación del MCC de Wagner, están dirigidos en su mayoría a las patologías crónicas mencionadas, sin embargo, los ejemplos citados dejan en evidencia su versatilidad y habilitan la aplicación y análisis del modelo a todas las enfermedades crónicas, que dado al incremento en su incidencia, se hace necesario un replanteamiento en la estrategia de manejo, abordaje y de esta manera lograr estructurar un plan de mejora que permita optimizar los resultados.

#### *2.1.2.2 Experiencia internacional en el control del cáncer de cuello uterino.*

Según las cifras reportadas por el Observatorio Mundial del Cáncer Globocan, con relación al cáncer de cuello uterino, para el año 2018, se logra evidenciar que las regiones a nivel mundial con la menor tasa de incidencia observada para este periodo de tiempo fueron: “Asia Occidental con 4.1 casos nuevos por cada 100.000 mujeres, seguido por Australia y Nueva

Zelanda con 6.0 casos nuevos reportados por cada 100.000 mujeres y en el tercer lugar se encontró Norteamérica con 6.4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres; si se tienen en cuenta a su vez, las tasas de mortalidad reportadas a nivel mundial, se logra evidenciar como la región que menor tasa de mortalidad asociada al cáncer de cuello uterino es Australia y Nueva Zelanda quien reportó 1.7 muertes asociadas a esta enfermedad por cada 100.000 mujeres, seguida de Norteamérica con 1.9 fallecimientos asociados por cada 100.000 mujeres y Europa Oriental con 2.1 muertes secundarias a esta patología por cada 100.000 mujeres”. (World Health Organization, 2018. p. 2)

Lo anterior sirve como punto de referencia al momento de dirigir la búsqueda hacia experiencias internacionales exitosas en el abordaje y manejo del cáncer de cuello uterino, una vez contempladas las regiones a nivel mundial con los reportes estadísticos más favorables para esta enfermedad, vale la pena indagar en las principales estrategias y la forma como estas se han implementado a través de las acciones contempladas dentro de los diferentes modelos de atención de esta enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud, como entidad líder, propone una estrategia internacional con miras a acelerar la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, entendiendo que la expresión “eliminación como problema de salud pública, se define como el logro de las metas mundiales medibles establecidas por la OMS para una enfermedad concreta, basándose en datos demográficos. Para determinar el umbral respecto de la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública, la OMS evaluó los datos epidemiológicos y la distribución de la tasa de incidencia en los distintos países” (OMS, 2020 p.13); tomando en consideración la anterior definición, específicamente para el problema que representa el cáncer de cuello uterino a nivel mundial,

la Organización Mundial de la Salud afirma que el camino para alcanza estas metas solo es posible “Mediante intervenciones costo eficaces y basadas en pruebas científicas, en particular la vacunación contra el virus del papiloma humano, la detección y el tratamiento de lesiones pre cancerosas y la mejora del acceso al diagnóstico y el tratamiento de cánceres invasivos, es posible eliminar el cáncer del cuello uterino como problema de salud pública y lograr que se convierta en una enfermedad del pasado” (Adhanom T, 2020. p.1), una propuesta que no solo resulta llamativa para aquellos países cuyas acciones los han ido acercando a esta meta, sino para todos aquellos modelos de atención que aún presentan múltiples falencias y que gracias a esta iniciativa se han motivado a replantear los procesos actuales e instaurar acciones de cambio que les permita acercarse cada día más a las metas propuestas por esta política internacional.

A manera de contexto, la Organización Mundial de la Salud presenta la situación actual de las diferentes intervenciones establecidas en la lucha contra el Cáncer de cuello uterino a nivel mundial, en primer lugar, resalta la importancia de la vacunación contra el VPH como pilar sobre el cual se centran las acciones restantes que integran el todo modelo de atención de esta enfermedad, haciendo hincapié en la importancia que tiene la accesibilidad por parte de toda la población en riesgo, a esta vacuna en los diferentes países, aspecto que día a día se ha trabajado en los diferentes sistemas de salud a nivel mundial alcanzando los siguiente resultados: “Entre 2006, cuando se autorizó la primera vacuna contra el VPH, y 2017, más de 100 millones de mujeres adolescentes , fueron vacunadas con al menos una dosis, sin embargo resulta preocupante que el 95% de esta población que inició su proceso de inmunización, se encontraba en países de ingresos altos, dejando como uno de los mayores cuestionamientos, qué aspectos estaban dificultando el acceso en proporciones similares, a

la vacuna contra el VPH por parte las mujeres de países subdesarrollados o en vía de desarrollo”. (OMS, 2020 p. 11), lo cual se relaciona directamente con la inclusión de la vacuna dentro del Plan de Inmunización nacional de cada uno de los sistemas de salud en los diferentes países, encontrando que “En 2020, menos del 25% de los países de ingresos bajos y menos del 30% de los países de ingresos medios, han introducido la vacuna contra el VPH en sus planes nacionales de inmunización, mientras que el 85% de los países con ingresos altos sí lo han hecho” (OMS, 2020 p. 11). Uno de los primeros puntos a considerar en el abordaje inicial que debería hacerse a las acciones y procesos por medio de los cuales se está llevando a cabo la atención de esta enfermedad.

En segundo lugar vale la pena resaltar la situación actual del proceso terapéutico de esta enfermedad, y el acceso las opciones de tratamiento que tienen las pacientes con diagnósticos positivos, encontrado otro de los puntos álgidos al momento de analizar las acciones frente a esta patología, dado que “Las disparidades entre países en cuanto a la disponibilidad de servicios de tratamiento del cáncer son igualmente patentes. Casi el 30% de los países de ingresos bajos informaron de que disponían en general de servicios de análisis patológico, cirugía oncológica, quimioterapia y radioterapia en el sector público, frente a más del 90% en los países de ingresos altos.”. (OMS, 2020 p 12).

Tomando en consideración lo anterior, queda al descubierto como el problema que representa el cáncer de cuello uterino va más allá de la disponibilidad que se tenga en el mercado de opciones terapéuticas, herramientas novedosas o vacunas eficaces, la visión socio cultural y política bajo la cual la cual se desarrollan las políticas sanitarias, cumple un papel fundamental en el camino por optimizar la salud de la población. La Organización Mundial de la Salud, en su publicación referente a las estrategias para acelerar la eliminación

del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública, afirma que “ Es necesario, para despejar el camino hacia la eliminación del cáncer del cuello uterino, medidas estratégicas audaces diseñadas para aumentar la sensibilización de la comunidad; ampliar rápidamente la capacidad del personal sanitario; fortalecer los sistemas de salud; modelar el mercado con el fin de reducir los precios de productos que salvan vidas; acelerar la introducción de tecnologías asequibles en los algoritmos de detección y tratamiento, y ampliar a escala nacional plataformas organizadas y basadas en la población para la prevención y tratamiento.” (OMS, 2020 p. 13). Lo cual resulta necesario incluir dentro del diseño y puesta en marcha de un modelo de atención, sin embargo, no es el único aspecto que debe ser considerado, “para asegurar una eficacia óptima, las medidas estratégicas deben elaborarse en colaboración con los encargados de las políticas sanitarias y el personal de salud de primera línea, los defensores de estas cuestiones y las propias mujeres” (OMS, 2020 p. 13). De lo contrario no es posible llevar a cabo un cambio radical en el comportamiento que ha venido presentado una de las enfermedades que mayor preocupación despierta en la actualidad.

La OMS, por su parte, establece las metas encaminadas a alcanzar la reducción significativa en las tasas de incidencia y mortalidad asociadas al cáncer de cuello uterino, categorizadas en tres grandes categorías: La prevención, La detección temprana y La oportunidad de acceder al tratamiento de la enfermedad una vez sea diagnosticada (Figura 4).

**Figura 4.** *Metas propuestas por la Organización Mundial de la Salud, para el año 2030, en el camino por lograr la eliminación del Cáncer de cuello uterino.*

<b>Recuadro 2. Las metas para 2030 hacia la eliminación del cáncer del cuello uterino</b>
Cumplir las siguientes metas 90-70-90 de aquí a 2030 situará a todos los países en el camino hacia la eliminación: <sup>27</sup>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ el 90% de las niñas vacunadas totalmente<sup>28</sup> con una vacuna contra el VPH antes de cumplir los 15 años</li><li>▪ el 70% de las mujeres examinadas mediante una prueba de alta precisión<sup>29</sup> antes de los 35 años y de nuevo antes de los 45 años<sup>30</sup></li><li>▪ el 90% de las mujeres diagnosticadas con cáncer del cuello uterino reciben tratamiento:<sup>27</sup><ul style="list-style-type: none"><li>• el 90% de las mujeres con lesiones precancerosas son tratadas;</li><li>• el 90% de las mujeres con cáncer invasivo son tratadas.</li></ul></li></ul>

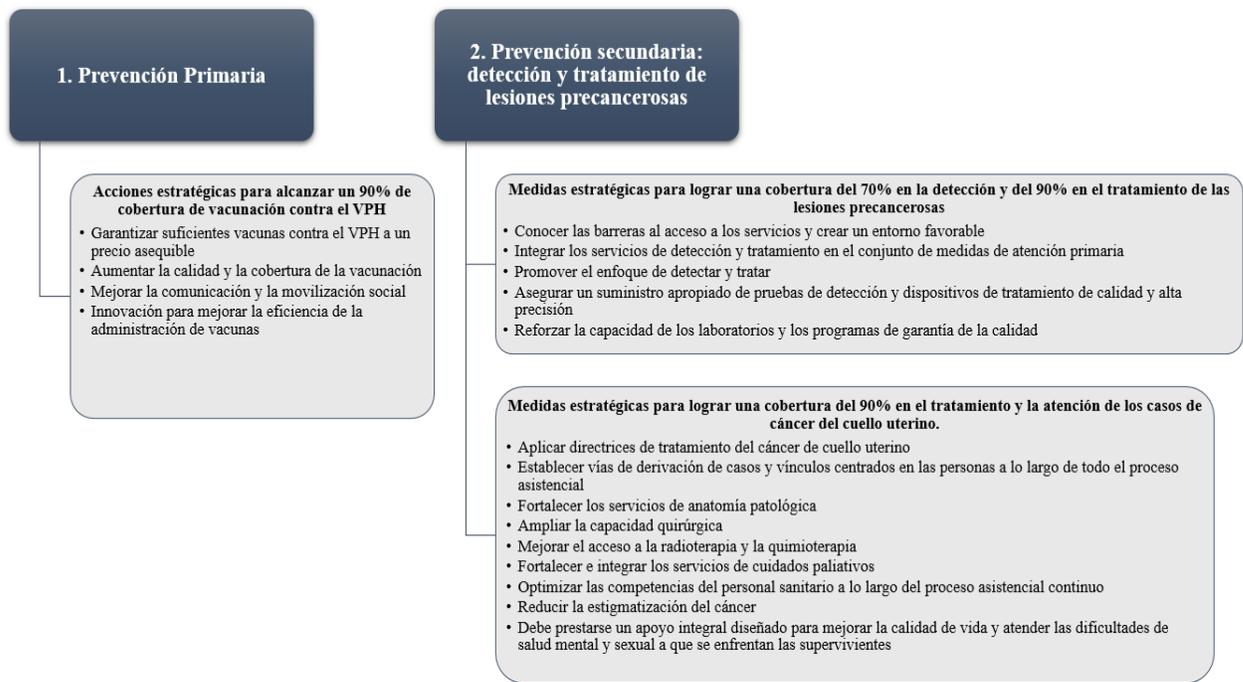
**Fuente:** *Organización Mundial de la Salud (OMS). (abril 2020). Proyecto de Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como problema de salud pública. Organización Mundial de la Salud, p.14.*

Por tal motivo dentro del contexto internacional para el abordaje y manejo del cáncer de cuello uterino, es importante tener en cuenta las líneas estratégicas que propone la OMS, con el fin de lograr una reducción significativa en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad a nivel mundial, proyectándose a su futura eliminación. Es por esta razón que adquiere importancia el establecimiento de objetivos claros y metas específicas en cada una de las categorías consideradas de vital importancia intervenir para lograr los objetivos propuestos.

La primera de las metas trazada en el contexto internacional se dirige a lograr que “todos los países trabajen para lograr una incidencia inferior a cuatro casos por 100 000 mujeres-año, Para conseguirlo, de aquí a 2030 deben alcanzarse los objetivos de alta cobertura en la vacunación contra el VPH, la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas y el tratamiento del cáncer, y mantenerse en ese alto nivel durante decenios” (OMS 2020, p. 13).

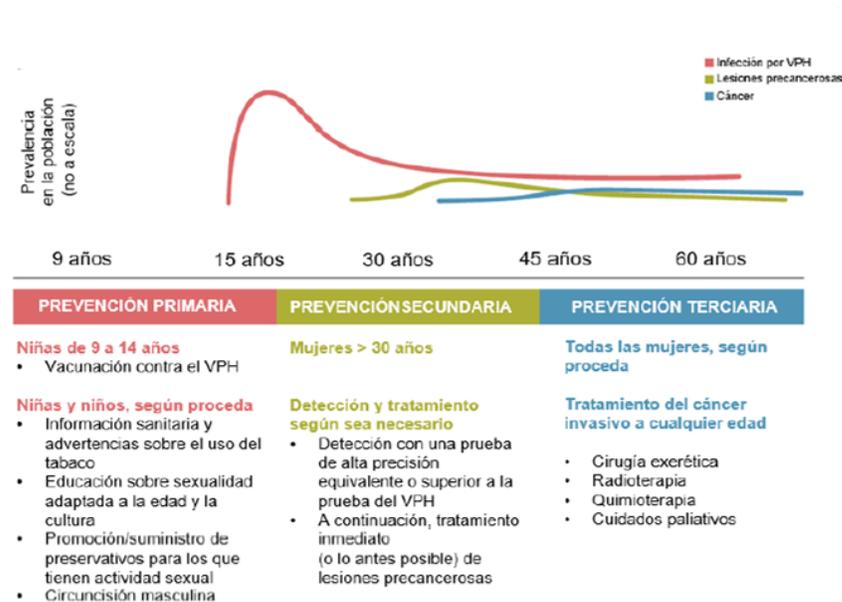
Para lo anterior se plantearon una serie de acciones específicas categorizadas (Figura 5), según un enfoque basado en el ciclo de vida (Figura 6) como estrategia para la eliminación del cáncer de cuello uterino como problema de salud pública. (OMS, 2020)

**Figura 5.** *Acciones de prevención primaria y secundaria, encaminadas a la eliminación del cáncer de cuello uterino, año 2030, Organización Mundial de la Salud.*



**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de revisión documental de Organización Mundial de la Salud (OMS). (abril 2020). Proyecto de Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como problema de salud pública. Organización Mundial de la Salud*

**Figura 6.** Enfoque basado en el ciclo de vida, planteado por la Organización Mundial de la Salud, contra el cáncer de cuello uterino.



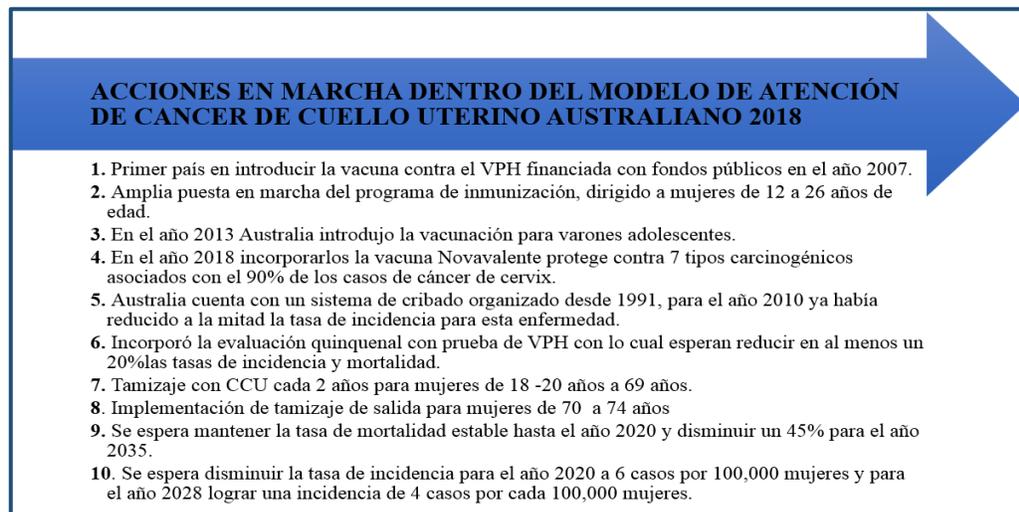
**Fuente:** Organización Mundial de la Salud (OMS). (abril 2020). *Proyecto de Estrategia Mundial para Acelerar la Eliminación del Cáncer del Cuello Uterino como problema de salud pública*. Organización Mundial de la Salud, p.19.

En el marco de la experiencia internacional referente al abordaje y manejo del cáncer de cuello uterino, teniendo en cuenta la iniciativa que propone la Organización Mundial de la Salud, para la eliminación de esta enfermedad como problema de salud pública, una de las experiencias exitosas, que llama la atención y vale la pena revisar, es la del modelo de atención del Cáncer de cuello uterino Australiano, el cual cuenta con una iniciativa propia y un programa establecido en el cual se consignan las acciones y estrategias necesarias para lograr la eliminación del cáncer de cuello uterino de sus estadísticas; según las cifras reportadas por el Observatorio Mundial del Cáncer, Australia y Nueva Zelanda, cuentan las tasas de mortalidad asociadas a esta enfermedad más bajas a nivel mundial y la segunda tasa más baja de incidencia reportadas para el año 2018. (Globocan, 2018). Lo cual lo convierte

en punto de referencia para el análisis de estrategias y acciones que han implementado con el fin de lograr una reducción significativa en los casos nuevos y en las muertes asociadas a esta Enfermedad.

El modelo australiano cuenta con un proyecto publicado en el año 2018, en el cual buscan trazar el camino en acciones y metas acopladas en el modelo de atención, para convertirse en el primer país en lograr la eliminación del cáncer de cuello uterino. (Hall M *et al*, 2018). Las principales acciones que se contemplan dentro del modelo australiano para la eliminación del cáncer de cervix se encuentran el fortalecimiento de acciones de prevención centradas en la cobertura útil de vacunación contra el VPH, programas de tamizaje basados en esquemas con soporte en evidencia clínica y acceso oportuno a tratamiento. (Canfel. K *et al*. 2018) (Figura 7).

**Figura 7.** *Acciones implementadas en el Modelo de atención australiano, encaminadas a la eliminación del cáncer de cuello uterino.*



**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Canfel K, Hall M, Simms H, Smith M, Saville M, (2018) Australia on-track to be the first country to achieve cervical cancer elimination. HPV World, 65, 1- 6.*

La Organización Mundial de la Salud, establece la importancia de dirigir las acciones al logro de la meta 90 – 70 – 90, por parte de los diferentes países, teniendo en cuenta que las tres categorías deben ir avanzando de manera simultánea si se quieren obtener resultados significativos (OMS, 2020). De esta manera y según las proyecciones realizadas “Alcanzar las metas 90-70-90 para 2030 significaría que la mediana de las tasas de incidencia del cáncer cervicouterino disminuiría en un 10%, un 70% y un 90% para 2030, 2045 y 2120, respectivamente, con lo que se evitarían 70 millones de casos. Así, la cifra acumulativa de muertes por cáncer cervicouterino evitadas sería de unos 2 millones, 4,5 millones y 62 millones para 2040, 2050 y 2120, respectivamente” (OMS, 2020 p. 16)

Teniendo en cuenta lo anterior, se deja en evidencia la importancia del establecimiento de objetivos claros, que permitan a los diferentes modelos de atención, abordar las estrategias e implementar acciones encaminadas y dirigidas a un mismo objetivo, y de esta manera contribuyan con el enfoque necesario para alcanzar las metas propuestas en el abordaje y futura eliminación del cáncer de cuello uterino.

### *2.1.3 Cáncer de cuello uterino*

En la actualidad el cáncer representa una de las patologías crónicas que mayor cantidad de casos nuevos reporta anualmente a nivel mundial. “Constituye un grupo de enfermedades que reúne más de 150 patologías con características etiológicas y biológicas, que requieren intervenciones comunes o diferenciales para su prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento” Ministerio de Salud y Protección Social, Matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud Cáncer de cuello uterino *N.d* (como se cita en Bray F et al. 2012).

El cáncer, según la Organización Mundial de la Salud, en su portal web dirigido a esta enfermedad, es entendido como “el crecimiento rápido y anormal del número de células, en un área específica del organismo” (Temas de Salud: Cáncer, 2018, OMS, recuperado de [www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es) Julio 2020).

Dentro del análisis situacional descrito en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud para al cáncer en Colombia, se presentan las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, quien indica lo siguiente: en el año 2012, “el mundo registró un total de 14.090.000 casos nuevos de cáncer y se prevé que para el año 2030 esta cifra alcanzará los 21.681.000 de casos, siendo los países de África, Asia y América Latina quienes se verán mayormente afectados por esta enfermedad” (Ministerio de Salud y Protección Social, Matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud Cáncer de cuello uterino *N.d*, como se cita en Jemal A, *et al* 2014), afirmaciones y cifras que resultan preocupantes al momento de plantear las estrategias de atención y abordaje, desde la gestión y planeación de intervenciones en salud.

Colombia no es la excepción, una de las enfermedades que mayor crecimiento ha reportado en los últimos años, es el cáncer, actualmente representa un problema de salud pública que afecta diferentes esferas, desde aquellas asociadas al nivel sociocultural y psicosocial de la población, hasta el nivel económico del sistema, relacionado con la cantidad cada vez mayor de recursos que se invierten en el tratamiento y manejo de las complicaciones asociadas a esta enfermedad considerada de alto costo (Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo, 2018).

El cáncer de cuello uterino se ha convertido en la segunda causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres en Colombia, para el año 2018 se reportó una incidencia de “18,4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres” (Jiménez Herrera 2018 p.3) y según la publicación realizada por el Observatorio Nacional de Cáncer, para el mismo año, se registraron 3.853 casos nuevos, de los cuales 1.775 fallecieron, lo cual representa cerca del 46% de los casos nuevos registrados (Globocan, 2018).

Así mismo se prevé una tendencia al crecimiento de estas cifras, tal como se describe en el Plan decenal para el control del cáncer en Colombia (2012-2021), en donde se toma en consideración aspectos demográficos como el incremento en el volumen de la población y el aumento en la esperanza de vida al nacer, factores que favorecen el crecimiento en el reporte de nuevos casos, así como factores socioculturales, que aún se evidencian dentro de la población y se convierten en los principales obstáculos para acceder a una atención óptima y de calidad; condiciones socioeconómica desfavorables, barreras de acceso presentes en la población de zonas rurales dispersas, bajo nivel educativo, entre otras limitantes.

El cáncer de cuello uterino es una alteración en las células de la parte inferior del útero la cual se encuentra en contacto con la porción superior del conducto vaginal, como lo describe el departamento de Ginecología de la clínica Mayo en su sitio web (2019) “si una mujer se expone al virus del papiloma humano, el sistema inmune generalmente se encuentra en la capacidad para activar mecanismos encargados de controlar y evitar que esta infección favorezca el desarrollo de alteraciones en el tejido y consecuentemente se genere un daño. Sin embargo, el riesgo principal radica en que, en algunas mujeres, el virus sobrevive y contribuye a la formación de lesiones precancerosas” (Cáncer de Cuello Uterino 2019, Mayo

Clinic, recuperado de [www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org), Julio 2020), lesiones fácilmente identificables mediante pruebas de tamizaje como la citología cervicouterina, colposcopia, detección de ADN – VPH o la técnica de observación directa, no obstante, de no ser oportunamente detectadas y correctamente tratadas, estas lesiones conllevan al desarrollo de la enfermedad, con las complicaciones y consecuencias, muchas veces fatales que la acompañan.

Una de las características más representativas de este tipo de cáncer, es la infección por el agente causal que lo identifica, el virus del papiloma humano (VPH), necesario más no suficiente para el desarrollo de la enfermedad, “la infección por este virus es responsable de al menos el 43% de los casos de cáncer vulvar, 70% del cáncer de vagina, 88% del cáncer anal y 50% de los cánceres de pene” Ministerio de Salud y Protección Social, Matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud Cáncer de cuello uterino *N.d*, (como se cita en Jemal A, *et al* 2014).

En la actualidad se han descrito aproximadamente 150 tipos del virus del papiloma humano, sin embargo, los tipos de VPH 16 y 18 son los que se han vinculado directamente con mayor frecuencia al desarrollo de esta patología, en conjunto, estos dos tipos del virus “causan cerca del 70% de todos los casos de cáncer de cuello uterino y cerca del 90% de otros tipos de cáncer, asociados a la infección por este agente etiológico” Ministerio de Salud y Protección Social, Matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud Cáncer de cuello uterino *N.d*, (como se cita en Jemal A, *et al* 2014).

Lo anterior marca una pauta de identificación importante en la detección y clasificación adecuada del riesgo, el hecho de contar con la presencia de infección por parte de un agente

causal precursor e identificable en estadios tempranos, resulta de gran valor al momento implementar las estrategias adecuadas de educación y prevención, para impactar positivamente en la salud de la población.

### *2.1.3.1 Prevención del Cáncer de cuello uterino*

Los factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad, descritos por el Ministerio de Salud y Protección Social en su portal web dedicado a esta patología, son la infección por el VPH en primera instancia, acompañada por otro tipo de factores tales como el inicio temprano de relaciones sexuales (antes de 15 años), multiparidad (> 3 hijos), tabaquismo, sedentarismo o el sobrepeso, condiciones que eventualmente han demostrado favorecer el desarrollo de la enfermedad y se convierten en una oportunidad de intervenir por medio de la aplicación de estrategias correctas de prevención frente a estas conductas. (Ministerio de Salud y Protección Social *N.d*)

Una de las estrategias de mayor relevancia dentro del campo de la prevención primaria del cáncer de cuello uterino, es la vacuna, la cual fue introducida en el plan de salud en Colombia, para el año 2011 y reglamentada como base de la detección temprana de lesiones precancerosas del cuello uterino para los regímenes subsidiado y contributivo a partir de la Resolución 3280 de 2018 (Murillo, 2018).

Actualmente en el país se encuentran disponibles en el mercado dos tipos de vacunas profilácticas: “Gardasil, de Merck y Cervarix® de GlaxoSmithKline, la primera consiste en una vacuna tetravalente compuesta de partículas similares al virus elaboradas a partir de la proteína L1 recombinante de VPH 16, 18, 6, 11. La segunda es una vacuna bivalente

compuesta de partículas similares al virus de VPH 16 y 18. El resultado de estudios revisados por el Ministerio de Salud y protección social demuestran que en mujeres de 16 a 23 años ambos tipos de vacuna tiene adecuada eficacia profiláctica cercana al 100% en aplicación de 3 dosis, tal como se describe en el documento “*Vacunación contra el Virus Papiloma humano - VPH en Colombia, para la prevención del cáncer de cuello uterino y verrugas genitales*” publicado por (Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología *N.d*)

Esta medida está dirigida, como lo describe el Ministerio de Salud y protección Social en su página web, portal de Cáncer de cuello uterino a niñas de cuarto año escolar con edad mayor o igual a 9 años, hasta aquellas niñas que se encuentren en grado once. (Mora L. Vacuna contra el cáncer de cuello uterino, Ministerio de Salud y protección social *N.d*, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/ABC-de-la-vacuna-contra-el-cancer-cuello-uterino.aspx>, Julio 2020)

De la misma forma, la indicación se encuentra abierta y aplica para todas las mujeres no escolarizadas desde los 9 años hasta los 18 años, en un esquema de 3 dosis.

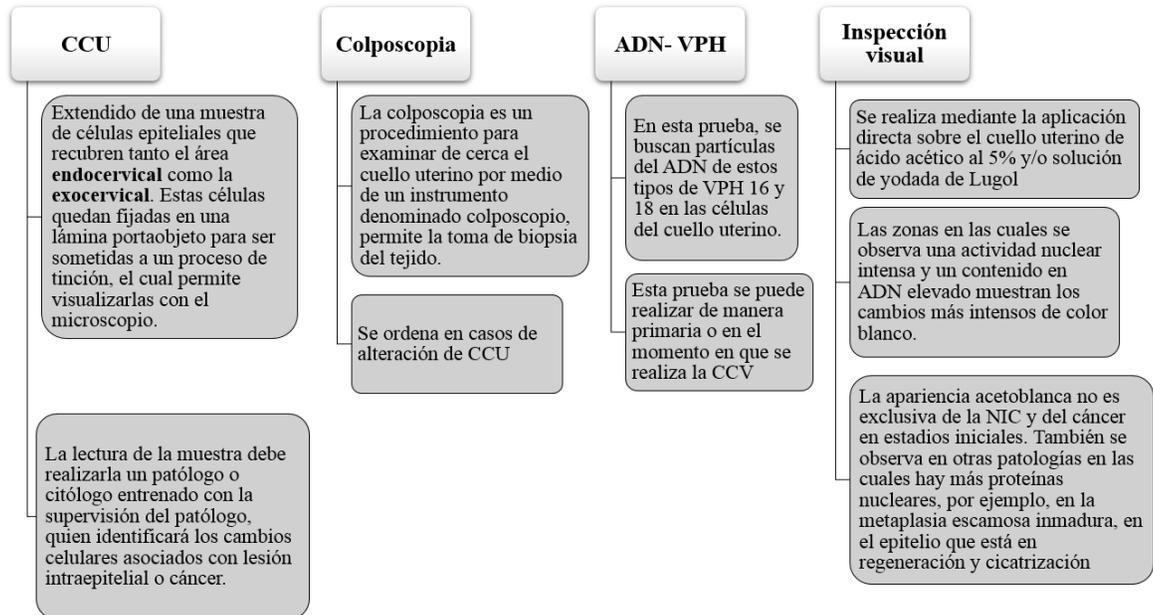
“Primera dosis: cualquier día - Segunda dosis: a los 6 meses de la primera dosis y la Tercera dosis: a los 60 meses (5 años) después de la primera dosis”. (Ministerio de Salud y Protección Social e Instituto Nacional de Cancerología *N.d*)

### 2.1.3.2 Detección temprana del Cáncer de cuello uterino

Las acciones de tamizaje dirigidas a la detección de la enfermedad, por medio de la aplicación de pruebas que permiten la identificación de indicios de esta patología dentro de la población sana, es un tema ampliamente desarrollado en el campo de la detección de Cáncer de cuello uterino (Ortiz Serrano *et al* 2004).

En la actualidad se cuenta con pruebas sencillas de tamizaje descritas (Figura 8), que en su correcta aplicación contribuyen a la identificación de lesiones precancerosas, para instaurar un tratamiento de manera oportuna.

**Figura 8.** Técnicas de tamizaje para Cáncer de cuello uterino



**Fuente:** Adaptado por las autoras a partir de revisión documental de Ortiz Serrano, *et al* (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55 (2), 146-160.

La citología cérvico uterina es el “método de tamizaje más utilizado a nivel mundial, debido al impacto sobre los resultados en la disminución de la incidencia y en las tasas de mortalidad de la población” (Ortiz Serrano, *et al.* 2004 p.154). En el proceso de reporte e interpretación de los resultados, surge la necesidad por estandarizar la terminología y conceptos utilizados, dado a la gran variabilidad de percepciones por parte de los profesionales encargados de su interpretación, seguido de la falta de coordinación en la toma de decisiones clínicas. Es por este motivo que se decide diseñar e implementar el sistema Bethesda (Moreno Barrios, 2017) (Tabla 3).

**Tabla 3.** Sistema Bethesda reporte de Citología Cérvico Uterina

Sistema Bethesda 2014	
<b>Tipo de muestra</b>	Indicar si la muestra es convencional o preparación en base líquida
<b>Adecuación de la muestra (opcional)</b>	Satisfactoria para evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia o ausencia de componente celular endocervical y/o zona de transformación.</li> <li>• Indicador de calidad: parcialmente obscurecido por sangre, inflamación, etc.</li> </ul>
	Insatisfactoria para evaluación: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra rechazada no procesada por (especificar la razón).</li> <li>• Muestra procesada y examinada pero inadecuada por (especificar la razón)</li> </ul>
<b>Categorización general</b>	Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. Anormalidad de células epiteliales (especificar si es en células escamosas o glandulares). Otro: células endometriales en mujeres de 45 años o más.
	Hallazgos no neoplásicos (opcional): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaciones celulares no neoplásicas: metaplasia escamosa, cambios queratóticos, metaplasia tubal, atrofia y cambios asociados al embarazo</li> <li>• Cambios celulares reactivos asociados a: inflamación (incluida reparación típica), cervicitis folicular, radiación, dispositivo intrauterino.</li> <li>• Células glandulares en mujeres con histerectomía.</li> </ul>
	Organismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trichomonas vaginalis</li> <li>• Elementos micóticos morfológicamente compatibles con Cándida.</li> <li>• Cambios de la flora vaginal sugestivos de vaginosis bacteriana.</li> <li>• Bacterias de características morfológicamente compatibles con Actinomyces.</li> <li>• Cambios celulares compatibles con herpes simple.</li> <li>• Cambios celulares compatibles con citomegalovirus.</li> </ul>

Sistema Bethesda 2014	
<b>Interpretación / Resultado</b>	<p>Anormalidad en células epiteliales</p> <p>Células escamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células escamosas atípicas</li> <li>• Células escamosas con atipias de significado indeterminado (ASC-US).</li> <li>• Células escamosas con atipias que no excluyen una lesión de alto grado (ASC-H).</li> <li>• Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL): VPH / NIC 1 / displasia leve.</li> <li>• Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL): NIC 2-3 / CIS / displasia moderada y severa.</li> <li>• Carcinoma de células escamosas.</li> </ul> <p>Células glandulares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células glandulares atípicas</li> <li>• Endocervicales, endometriales, glandulares (cuando no se puede precisar origen).</li> <li>• Células glandulares con atipias a favor neoplasia.</li> <li>• Adenocarcinoma endocervical in situ.</li> <li>• Adenocarcinoma</li> <li>• Endocervical, endometrial, extrauterino.</li> <li>• Sin especificar.</li> <li>• Otras neoplasias malignas (especificar)</li> </ul>
	<p>Otro</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Células endometriales en mujeres de 45 años de edad o más (especificar si es negativa para lesión intraepitelial escamosa).</li> </ul>
<b>Pruebas auxiliares</b>	<p>Pruebas adicionales que pueden ser complementarias para citología. Sugerencias para la detección del ADN del virus del papiloma humano</p>

**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Moreno Barrios, M. (2017). Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014 <http://ve.scielo.org/pdf/og/v77n1/art08.pdf>*

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es la lesión precursora más común del cuello uterino. “Los cambios escamosos atípicos ocurren en la zona de transformación del cérvix con cambios leves, moderados o severos de acuerdo con la profundidad y se clasifican en (NIC1, NIC2, NIC3) respectivamente” (Medina Villaseñor, *et al*, 2014 p.12).

Una de las herramientas clínicas utilizadas por los profesionales en la etapa de determinación y elección de conductas médicas precisas, es la clasificación por estadios. Para el cáncer de cuello uterino, específicamente, es utilizada como punto de referencia la clasificación diseñada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia FIGO (Bhatla *et al*. 2019), descrita a continuación. (Tabla 4).

**Tabla 4.** *Clasificación Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia por estadios en Cáncer de cuello uterino*

Estadios FIGO	
<b>Estadio I:</b> el cáncer se encuentra solo en el útero o vientre, y no se diseminó a otras partes del cuerpo.	<b>Estadio IA:</b> el cáncer se encuentra solo en el endometrio o en menos de la mitad del miometrio. <b>Estadio IB:</b> el tumor se diseminó a la mitad o más del miometrio
<b>Estadio II:</b> el tumor se diseminó del útero al estroma del cuello uterino, pero no a otras partes del cuerpo.	
<b>Estadio III:</b> el cáncer se diseminó más allá del útero, pero aún se encuentra solo en el área pélvica.	<b>Estadio IIIA:</b> el cáncer se diseminó a la serosa del útero y/o al tejido de las trompas de Falopio y los ovarios, pero no a otras partes del cuerpo. <b>Estadio IIIB:</b> el tumor se diseminó a la vagina o junto al útero. <b>Estadio IIIC1:</b> el cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos pélvicos regionales. <b>Estadio IIIC2:</b> el cáncer se diseminó a los ganglios linfáticos para aórticos con o sin diseminación a los ganglios linfáticos pélvicos regionales.
<b>Estadio IV:</b> el cáncer hizo metástasis hacia el recto, la vejiga y/u órganos distantes.	<b>Estadio IVA:</b> el cáncer se diseminó a la mucosa del recto o la vejiga.

**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Bhatla, N., Berek, J., Cuello, M., Denny, L., Grenman, S., & Karunaratne, K. et al. (2019). Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri [E-book]. Retrieved from <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/>*

### 2.1.3.3 Tratamiento

El manejo que se instaura inicialmente en las pacientes con detección de lesiones intraepiteliales se divide en dos grupos, las opciones de tratamiento dirigidas a pacientes con lesiones de bajo grado (NIC I) y las acciones que se instauran en pacientes que presentan lesiones de mediano y alto grado (NIC II y NIC III), según lo descrito en la Guía de práctica clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino, publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social, 2014.

“En pacientes con reporte de citología cérvico uterina correspondiente a lesión intraepitelial de bajo grado NIC I, no es recomendado realizar ningún abordaje terapéutico, siempre y cuando este reporte sea primera vez. En aquellas pacientes cuyo reporte de lesión

intraepitelial de bajo grado sea persistente, la guía recomienda la práctica de procedimientos ablativos si la paridad de la paciente no está satisfecha o procedimientos escisionales en caso de paridad satisfecha” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 p. 40).

Las opciones terapéuticas indicadas en pacientes con reporte de lesiones intraepiteliales de mediano y alto grado en la CCU (NIC II y NIC III) la guía recomienda la “realización de procedimientos escisionales con radiofrecuencia en mujeres con diagnóstico de lesión de mediano y alto grado o conización clásica con bisturí frío en los casos en donde no exista disponibilidad de radiofrecuencia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 p. 41).

Lo anterior da una visión más amplia y clara sobre una de las patologías crónicas que mayor morbilidad y mortalidad registra especialmente en mujeres jóvenes, y dado a su carácter prevenible y fácilmente identificable en estadios tempranos, vale la pena revisar el modelo atención en curso para detectar oportunidades de mejora, con el fin de corregirlas y lograr un impacto positivo en la salud de la población.

## *2.2 Marco normativo*

Acorde al referente legal vigente asociado al modelo de atención de cáncer de cuello uterino (Tabla 5), es necesario contar con un contexto claro sobre la normatividad vigente relacionada con la gestión en salud, la salud como derecho fundamental y las normas que rigen el modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, en donde se deben garantizar una serie de intervenciones por parte del Sistema, estipuladas y determinadas dentro de la normativa actual, presentada a continuación:

**Tabla 5.** *Normatividad vigente para atención de cáncer de Cuello uterino en Colombia*

<b>Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>Constitución política de Colombia</b>	13 junio de 1991	<p><b>Art. 48.</b> Establece la Seguridad Social como servicio público de carácter obligatorio el cual se presta bajo la dirección, coordinación y el control del Estado y garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p><b>Art. 49.</b> Por medio del cual se establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y se garantiza el acceso a servicios de prevención y promoción, protección y recuperación de la salud.</p>
<b>Ley 100</b>	23 de diciembre de 1993	Por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención en salud. Declara atributos de calidad en Salud de Oportunidad, Integralidad, Atención personalizada, Continuidad, Humanización y acorde a estándares.
<b>Ley 1438</b>	19 de enero de 2011	En la cual se establece la reforma de la Ley 100 de 1993 y propende por el fortalecimiento del sistema a través de un modelo de prestación de servicio público con énfasis en la atención primaria
<b>Ley 1751</b>	16 de febrero de 2015	<p>Ley estatutaria de Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, establece los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional, estipula a su vez los principios de Universalidad, Pro homine, Equidad, Continuidad, Oportunidad, Prevalencia y progresividad del derecho, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia e Interculturalidad.</p> <p><b>Art. 5:</b> En el cual se asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y para ello debe formular políticas que propendan por la prevención, promoción, atención y rehabilitación.</p> <p><b>Art. 10:</b> Establece derechos y deberes de las personas relacionados con la prestación de los servicios de salud</p>
<b>Plan decenal de Salud Pública 2012 - 2021</b>	15 de marzo de 2013	<p>Incluye el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.</p> <p>Incluye aspectos referentes a Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos que lleve a el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades.</p>
<b>Plan Decenal para el control del cáncer 2012-2021</b>	2012	En el cual se establecen líneas estratégicas para el control del cáncer, estableciendo metas y acciones en distintos niveles alineadas con el plan de desarrollo Nacional y el plan decenal de salud pública
<b>Ley 1384</b>	19 de abril de 2010	Ley Sandra Ceballos por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia de manera que se reduzca la morbilidad y mortalidad y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes oncológicos 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

<b>Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>Ley 1955</b>	25 de mayo de 2019	Por la cual se establece el Plan Nacional de desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, incluye el apartado enfocado en la búsqueda del principio de Salud para todos con calidad y eficiencia de una manera sostenible el cual busca Mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios.
<b>Resolución 3280</b>	2 de agosto de 2018	Por medio de la cual se establece la estructuración de una ruta de atención dirigida a la promoción y mantenimiento de la salud RIAS, en las cuales se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud.
<b>Resolución 276</b>	4 de febrero de 2019	Por la cual se modifica Art. 4 de la resolución 3280 de 2018, estableciendo la implementación progresiva de acciones como el Tamizaje con ADN VPH, entre otras, en un plazo máximo de tres años contados a partir de/1° de enero de 2020.
<b>Resolución 3202</b>	25 de julio de 2016	Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 5261</b>	5 de agosto de 1994	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>Resolución 4331</b>	19 de diciembre de 2012	<b>Art 10.</b> Las autorizaciones de servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud tendrán una vigencia no menor de dos meses, contado a partir de su fecha de emisión. Cuando se trate de un paciente con cáncer que sigan guías o protocolos, las autorizaciones asociadas a quimioterapia o radioterapia se harán por una única vez incluyendo la totalidad del tratamiento definido en la guía o protocolo
<b>Resolución 4505</b>	28 de diciembre de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
<b>Resolución 518</b>	24 de febrero de 2015	Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC
<b>Resolución 429</b>	17 de febrero de 2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud PAIS, dirigida hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.
<b>Decreto 780</b>	6 de mayo de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Socia

<b>Norma</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>
<b>Decreto 2968</b>	6 de agosto de 2010	Por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos.
<b>Ley 1626</b>	30 de abril de 2013	Por medio del cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de esta, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones
<b>Ley 2015</b>	31 de enero de 2020	Por medio de la cual se crea la Historia Clínica Electrónica Interoperable y se dictan otras disposiciones.
<b>Circular 0041</b>	13 de agosto de 2012	Ordena a gobernadores, alcaldes, direcciones territoriales, secretarías de educación, IPS, EAPB en el territorio nacional, la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano - VPH, en el esquema nacional de vacunación.
<b>Circular 0019</b>	27 de mayo de 2013	En la cual se establecen los lineamientos para continuar la jornada de vacunación contra el virus del papiloma humano -VPH, en todo el territorio nacional
<b>Circular 0062</b>	27 de octubre de 2014	Establece parámetros para la vacunación contra el VPH en niñas de cuarto grado de básica primaria de nueve años y más de edad, y niñas desescolarizadas de nueve a diecisiete años en el territorio nacional
<b>Resolución 256</b>	5 de febrero de 2016	Por medio de la cual se dictan las disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud
<b>Ley 2015</b>	31 de enero de 2020	Por medio del cual se crea y regula la historia clínica electrónica interoperable, estableciendo que a través de la Historia Clínica Electrónica se facilita, agiliza y garantiza el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, haciendo énfasis en el respeto del Hábeas Data y la reserva de la misma.
<b>Sentencia T 760</b>	2008	Por medio de la cual se establece la garantía del goce universal, equitativo y efectivo del derecho a la salud

**Fuente:** Información recopilada por las autoras, 2020

### 2.3 *Marco institucional*

El marco institucional de la presente revisión, hace referencia al modelo colombiano de atención de Cáncer de Cuello Uterino, sobre el cual se busca realizar el análisis, identificar sus acciones y estrategias actuales, para a su vez, contrastarlas con experiencias internacionales exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias para manejo y abordaje de esta patología; lo anterior, con el fin de identificar los elementos de evaluación necesarios, para incluirlos dentro del diseño de un Instrumento de evaluación y propuestas, que le permita hacer un diagnóstico práctico a las Instituciones de salud en Colombia, a partir de las seis categorías propuestas por el Modelo de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

El cáncer de cuello uterino en Colombia es la segunda causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres, cerca del 100% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, presentaron un antecedente de infección persistente por el virus del VPH, razón por la cual resulta de vital importancia la implementación de estrategias, dirigidas al tamizaje y detección temprana de lesiones precursoras de esta enfermedad. Ministerio de Salud y Protección Social, Matriz de la Ruta Integral de Atención en Salud Cáncer de cuello uterino *N.d.*, (como se cita en Jemal A, *et al* 2014)

El modelo de atención de Cáncer de cuello uterino en el país, se encuentra cimentado en las conductas descritas y reglamentadas por la resolución 3280 de 2018, *Capítulo 7, Aspectos a considerar en la implementación, Apartado 9, Detección temprana de cáncer de cuello uterino*, en la cual, se describen las principales acciones asociadas a la implementación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y los protocolos de tamizaje dirigidos a la

prevención y abordaje de esta enfermedad (Tabla 6), así como la conducta establecida dentro del sistema frente a resultados anormales, en las pruebas de tamizaje descritas (Figura 9) y el plan de cuidado y tratamiento utilizado para cada caso (Tabla 7).

Las RIAS como estrategia dinámica dentro de la Política de Atención Integral en Salud PAIS, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se presentan por medio de una matriz de acciones y 29 intervenciones descritas dentro del plan de gestión en salud pública, a partir del contexto actual de la enfermedad (Tabla 8). A su vez, se plantean los hitos e indicadores de estructura, proceso y resultado, contemplados dentro del monitoreo y seguimiento del logro de objetivos trazados, acorde a las intervenciones propuestas, según lo descrito en la Política de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud, 2016).

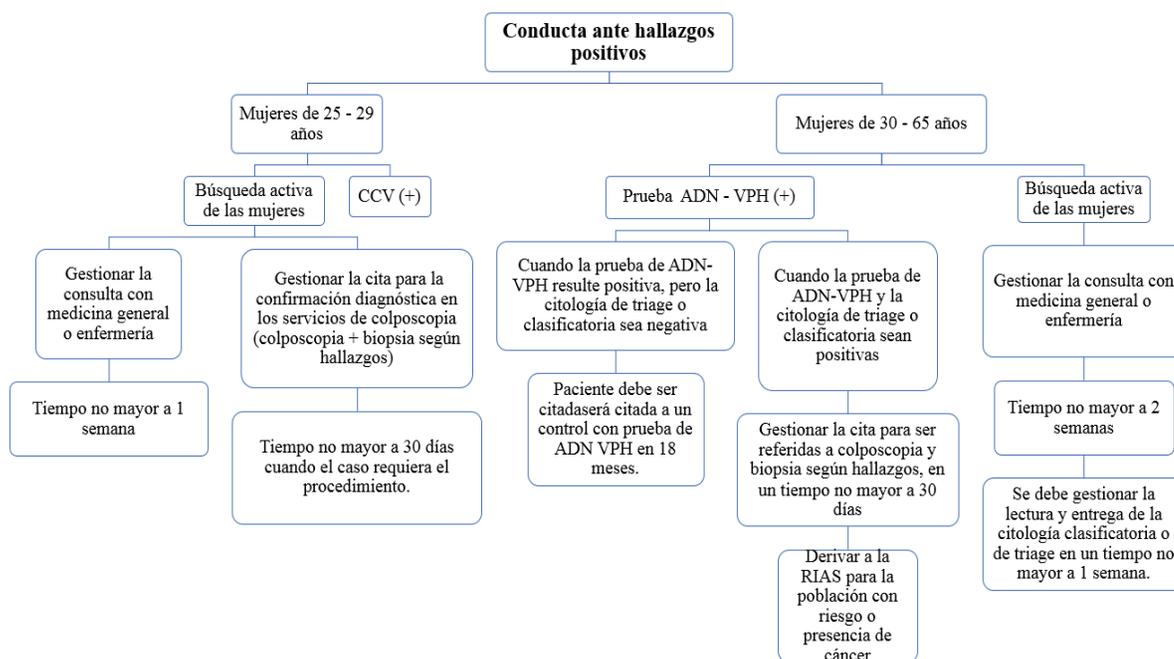
**Tabla 6.** *Detección temprana de Cáncer de cuello uterino según la Resolución 3280 de 2018*

Detección temprana de cáncer de cuello uterino			
<b>Objetivos</b>	Detección de lesiones precancerosas de cuello uterino o carcinoma infiltrante en estadios tempranos a través de la realización de pruebas de tamizaje a la población en riesgo ✓ CCV ✓ Pruebas ADN – VPH Técnicas de inspección visual con ácido acético y Lugol		
<b>Población sujeto</b>	Pruebas de tamizaje realizadas a mujeres según grupo de edad y lugar de residencia		
	<b>Pruebas de tamizaje</b>	<b>Población</b>	<b>Talento humano encargado</b>
	CCV	Menores de 25 años ante evaluación de criterio, antecedentes (edad de inicio de relaciones sexuales < 15 años, multiparidad > 3 hijos, múltiples compañeros sexuales) y factores de riesgo en esquema 1 - 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.	Profesional en medicina, enfermería o bacteriología, cito – histotecnólogo o histocitotecnólogo certificado.
		Mujeres de 25 a 29 años en esquema 1 - 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos.	
	Prueba ADN – VPH	Todas las mujeres entre 30 y 65 años en esquema 1 - 5 - 5 (cada 5 años) ante resultados negativos	Zonas dispersas, técnico auxiliar de enfermería entrenado y certificado
Técnicas de inspección visual	Exclusivamente en mujeres entre 30 y 50 años residentes en áreas rurales dispersas con difícil acceso a servicios de salud, en esquema 1 - 3 - 3 (cada 3 años) ante resultados negativos	Profesional en medicina o enfermería entrenados en la técnica y tratamiento inmediato con crioterapia.	

Detección temprana de cáncer de cuello uterino	
<b>Atenciones incluidas</b>	Información y educación sobre procedimiento
	Diligenciamiento de carné
	Toma no quirúrgica de muestra o tejido cervical para estudio citológico o estudio ADN – VPH
	Inspección visual con ácido acético – Lugol y tratamiento con crioterapia a mujeres en áreas dispersas.
	Control de muestras, gestión y entrega de resultados
	Registro de información, asignación de próxima cita y remisión a otros servicios en caso de requerirlo
	RIAS específica de cáncer de cuello uterino según hallazgos

**Fuente:** Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 (2018). Bogotá D.C.

**Figura 9.** Esquema conducta ante hallazgos positivos de pruebas de tamizaje para cáncer de cuello uterino



**Fuente:** Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 (2018). Bogotá D.C.

**Tabla 7.** *Plan de cuidado y tratamiento según resultado de las pruebas de tamizaje para cáncer de cuello uterino*

Plan de cuidado y tratamiento	
Si los resultados de las pruebas de tamización son negativos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar información sobre la importancia de la adherencia al esquema de tamización de cáncer de cuello uterino, prevención de la infección por VPH y promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos.</li> <li>✓ Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.</li> </ul>
	<b>Diligenciar en el carné los resultados de la prueba y registrar la fecha de la siguiente cita de tamización:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Para citología de cuello uterino en mujeres entre 25 y 29 años, citar para nueva prueba en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3</li> <li>✓ Para pruebas ADN VPH en mujeres entre 30 y 65 años, citar en 5 años, siguiendo el esquema 1-5-5.</li> <li>✓ Para Técnicas de Inspección Visual (VIA VILI) en mujeres entre 30 y 50 años: citar en 3 años, siguiendo el esquema 1-3-3</li> </ul>
Si los resultados de las pruebas de tamización son positivos	<b>Se requiere la realización de una consulta por profesional en medicina general o enfermería, en la cual se debe:</b>
	Brindar asesoría sobre el resultado de las pruebas, derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención de ITS incluido el VPH e importancia de continuar el proceso para la confirmación diagnóstica.
Cuando el resultado de la citología vaginal reporta en calidad de la muestra insatisfactoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tomar una nueva citología entre las tres y cuatro semanas siguientes, con el fin de permitir una adecuada reepitelización del cuello uterino.</li> <li>✓ Si el profesional de enfermería que realiza la prueba de tamizaje identifica infecciones vaginales o si la usuaria refiere síntomas sugestivos, se debe referir a una consulta resolutive por profesional de medicina general.</li> <li>✓ Realizar la notificación obligatoria al Sivigila de todas las mujeres con resultado positivo en la biopsia acorde al protocolo para la vigilancia del evento.</li> </ul>

**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de la revisión documental de Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 (2018). Bogotá D.C.*

**Tabla 8.** *Intervenciones del plan de gestión en salud pública, descritas en la matriz RIAS de cáncer de cuello uterino*

Intervenciones Finales	
1.	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable en los entornos, para el control de factores de riesgo o protectores relacionados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino
2.	Promoción de la Vacunación contra el virus del Papiloma Humano
3.	Vacunación contra el virus del Papiloma Humano
4.	Promoción del autocuidado y el ejercicio de una sexualidad responsable
5.	Canalización a los servicios de salud
6.	Demanda inducida
7.	Demanda espontánea

Intervenciones Finales	
8.	Identificación de factores de riesgo individual y consejería breve
9.	Identificación del riesgo individual ante la sospecha de cáncer de cuello uterino: Definición de conducta diagnóstica, terapéutica o de tamización
10.	Tamización de cáncer de cuello uterino
11.	Definición de conducta ante resultados normales o negativos de las pruebas de tamización
12.	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - ADN-VPH (CH2 o PCR) Positiva
13.	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización ADN-VPH Positiva y Citología de Triage normal o anormal
14.	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - Citología Vaginal anormal
15.	Definición de conducta ante los resultados de las pruebas de tamización - Técnicas de Inspección Visual positiva
16.	Realización de la colposcopia y toma de biopsia para confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer de cuello uterino o lesiones precancerosas
17.	Lectura y generación de informe de patología
18.	Definición de conducta ante los resultados del informe de patología
19.	Autorización integral
20.	Tratamiento lesiones precancerosas procedimiento de escisión y/o terapéutico de lesiones precancerosas
21.	Lectura, informe de patología quirúrgica (Lesiones precancerosas)
22.	Consulta postquirúrgica (Lesiones precancerosas)
23.	En lesiones infiltrantes (CÁNCER), valoración por ginecología oncológica, clasificación clínica, solicitud de estudios de extensión y/o definición de tratamiento
24.	Notificación Obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública
25.	Tratamiento de lesiones infiltrantes (Cáncer) con Cirugía
26.	Tratamiento de lesiones infiltrantes (Cáncer) radioterapia/quimioterapia
27.	Consulta de seguimiento lesiones precancerosas
28.	Consulta postquirúrgica y de seguimiento por ginecología Oncológica
29.	Programa de soporte oncológico

**Fuente:** *Adaptación realizada por las autoras a partir de la revisión documental Páginas Ruta Integral de Atención en Salud RIAS cáncer de cuello uterino. <https://www.sispro.gov.co>*

En el contexto del Modelo Nacional de Atención del Cáncer de Cuello Uterino, vale la pena destacar la presencia de un de los informes más importantes, asociado con la evaluación de acciones y objetivos en el manejo del cáncer a nivel país, así como las principales estrategias y propuestas de mejora descritas, en el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021.

El informe anterior, se considera una de las principales estrategias, liderada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Instituto Nacional de Cancerología, para presentar el análisis, realizado a las políticas y acciones en vigencia con respecto al manejo del cáncer en Colombia. El documento presenta las acciones categorizadas a partir de seis líneas estratégicas (Tabla 9), de acuerdo con cada uno de los objetivos del Modelo

para el Control del Cáncer en el país, a partir de una “revisión completa de la evidencia científica y teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por expertos nacionales, en consultas públicas y diferentes escenarios de discusión, con el objetivo de establecer metas y acciones, en los distintos niveles, alineadas con el Plan de Desarrollo Nacional y articuladas con el Plan Decenal de Salud Pública para el período 2012-2021” (Ministerio de Salud y Protección Social, INC 2012 p. 14.).

**Tabla 9. Estructura del Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 – 2021, Acciones y Metas establecidas en el modelo del Cuello Uterino Colombiano.**

Líneas de control	Descripción de metas	Acciones propuestas
<b>Línea estratégica 1. Control del riesgo (Prevención primaria)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar consumo diario de frutas y verduras en la población de 19 – 64 años por encima del 41% (Línea de base 41% frutas y verduras, Fuente ENSIN 2010)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir mecanismos de seguimiento para la implementación de la Ley 1355 de 2009, en lo relacionado con la promoción de frutas y verduras como estrategia para el control del sobrepeso y la obesidad</li> <li>Introducir en la Historia clínica preguntas para evaluar el consumo de alimentos saludables</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar la prevalencia de actividad física global en adultos de 18 a 64 años por encima del 53.5 % (Línea de base 53.5 % Fuente: ENCIN 2010)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover acciones intersectoriales para definir los lineamientos técnicos para el fomento de la actividad física, en concordancia con el Decreto 2771 de 2008 por el cual se crea la Comisión Nacional Intersectorial para la coordinación y orientación superior del fomento, desarrollo y medición de impacto de la actividad física (CONIAF)</li> <li>Implementar intervenciones poblacionales orientadas a estimular la realización de actividad física.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar la prevalencia de actividad física global en adolescentes de 13 a 17 años por encima del 26 % (Línea de base 26% Fuente: ENCIN 2011)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener cobertura de vacunación contra el VPH 95% de acuerdo con el PAI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluar programa de vacunación contra el VPH y establecer lineamientos a partir de 2012.</li> <li>Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación para incentivar la vacunación contra el VPH.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar Con un programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer que incluya cáncer de cuello uterino, al año 2016</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar e implementar una guía de atención integral para el cáncer de cuello uterino.</li> <li>Actualizar e implementar la norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino (Resolución 412 de 2000)</li> </ul>

Líneas de control	Descripción de metas	Acciones propuestas
<b>Línea estratégica 2. Detección temprana de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por 100.000 mujeres en 2021.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar estrategias de movilización social para la promoción de derechos en el SGSSS en relación con detección temprana de cáncer de cuello uterino.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alcanzar coberturas de tamizaje con citología en el 80% de la población objeto (mujeres de 21 - 69 años) (Línea de base 79 % Fuente: ENDS 2010. Ministerio de Salud y Protección Social)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar al 2016 con la línea de base respecto a cobertura de tamización para cáncer de cuello uterino, con pruebas de VPH.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar en 2013, tamizaje para cáncer de cuello uterino con pruebas de VPH con intervalo cada 5 años, para lograr una cobertura del 80% de la población objeto en 2021.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar con información sobre cobertura de las diferentes pruebas utilizadas para tamización de cáncer de cuello uterino y reportarlas según lo establecido en el sistema de información en el cáncer.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar y evaluar estrategia “ver y tratar” mediante tamizaje con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato en 100% de los departamentos con zonas de difícil acceso a 2021 (Línea de base 5 departamentos a 2012)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguimiento de indicadores de detección temprana de acuerdo con lo establecido en el sistema de información en cáncer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar la proporción de casos de cáncer de cuello uterino in situ detectados oportunamente, en un 80% (línea de base 58.3% Fuente: Observatorio de la Calidad en Salud)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar sistemas de seguimiento y continuidad al para mujeres positivas a la tamización.</li> </ul>
<b>Línea estratégica 3. Atención, recuperación y superación de daños causados por el cáncer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar estándares de habilitación y modos de verificación de los servicios oncológicos para el año 2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar normas de habilitación y modo de verificación para servicios oncológicos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar red de servicios para la atención integral del cáncer en Colombia, en el 2015.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir lineamientos para la conformación de la red de servicios oncológicos para la atención integral del cáncer en el territorio nacional.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar el acceso oportuno y de calidad al diagnóstico y tratamiento de los cinco cánceres con mortalidad prematura (mama, <b>cuello uterino</b>, colon y recto, próstata y leucemias pediátricas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir e implementar estrategias de seguimiento y monitoreo del acceso la oportunidad, calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar al año 2015 con un modelo de atención integral en cáncer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar y publicar el Modelo de Atención Integral en Cáncer, con el cual se garantice la confirmación del diagnóstico con los procedimientos apropiados, oportunidad de intervenciones, calidad en tratamiento, acceso a servicios, integralidad y continuidad.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizar y garantizar la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción en cáncer en el país, para el año 2014.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar medición de línea de base sobre la oferta de intervenciones de cuidado paliativo, rehabilitación y reconstrucción para el 2014 y actualizarlo al 2018.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contar al 2017, con un política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes de cáncer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular una política de reincorporación a la vida laboral de sobrevivientes del cáncer.</li> </ul>

Líneas de control	Descripción de metas	Acciones propuestas
<b>Línea estratégica 4. Mejoramiento de la calidad de vida de pacientes y sobrevivientes con cáncer.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar con servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamentar los servicios de apoyo social definidos en concordancia con la ley 1384 de 2010 y la ley 1388 de 2010.</li> </ul>
<b>Línea estratégica 5. Gestión del conocimiento y la tecnología para el control del cáncer.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidar para el 2013 el Sistema de información en cáncer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamentación e implementación y establecimiento de componentes del sistema Nacional de Información del cáncer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constituir y operar el Observatorio Nacional del Cáncer en 2014.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidación de una línea de investigación en cáncer en el sistema de ciencia y tecnología</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponer para 2014 del sistema de vigilancia de medios de comunicación, políticas públicas y legislación del cáncer y sus factores de riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotar de información a los generadores de opinión</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contar al 2015 con información sobre supervivencia para los 5 principales cánceres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar investigaciones orientadas a contar con información sobre supervivencia del cáncer.</li> </ul>
<b>Línea estratégica 6. Formación del talento humano</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en el currículo de educación superior de las carreras del área de la salud y afines, el desarrollo de competencias para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer para el 2014.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acción intersectorial entre las entidades formadoras del recurso humano en salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, para garantizar la formación integral del recurso humano para la atención del cáncer.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar programas de formación continua para el fortalecimiento de competencias en profesionales, tecnólogos, y técnicos para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del cáncer en 2014.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir e implementar programas de formación continua para el fortalecimiento de competencias en el abordaje y tratamiento del cáncer.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliar al 2014 la cobertura de las becas crédito del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior, para la formación de talento humano en oncología y subespecialidades clínicas en el país.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir criterios para asignación de becas de crédito, orientadas a la formación de subespecialistas en oncología.</li> </ul>

**Fuente:** *Adaptado por las autoras a partir de la revisión de de Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2012). Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 - 2021. Min Salud, 1, 31 - 45. 2020, septiembre 12, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-decenal-control-cancer-2012-2021.pdf>*

Finalmente, dentro del modelo de atención de esta patología en el país, se establecen las estrategias de manejo apoyadas en las GPC actuales disponibles, como instrumento base en

la toma de decisiones y conductas clínicas por parte del personal capacitado en el abordaje de esta enfermedad.

El Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Instituto Nacional de cancerología, diseñaron la versión número 44 de la guía de práctica clínica dirigida a los profesionales de la salud junto con una adaptación dirigida a pacientes y cuidadores, orientada a la detección y el manejo de lesiones precancerosas del cuello uterino, disponible para su consulta y socialización desde el año 2014. La guía para el manejo de cáncer de cuello uterino invasivo en su versión número 45 elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Instituto Nacional de cancerología, como material de consulta, también se encuentra disponible desde el año 2014, en sus dos versiones, una dirigida a los profesionales de la salud y una adaptación para pacientes y cuidadores; los documentos mencionados se convierten en las principales fuentes de evidencia científica y estandarización de las conductas e información clínica a la cual tienen acceso los principales actores del Sistema, tanto profesionales de la salud como pacientes y cuidadores.

### **3. Planteamiento del problema**

A nivel mundial, el cáncer de mama junto con el cáncer de cérvix, según las cifras reportadas para el año 2018, continúan siendo las patologías neoplásicas con mayor incidencia en mujeres, “18,9 casos nuevos por cada 100.000 mujeres fueron registrados para este último tipo de cáncer, con una tasa de mortalidad en pacientes mayores de 15 años de 10 muertes por cada 100.000 habitantes” (Jiménez Herrera, 2018 p. 3).

Según las previsiones realizadas por autoridades en salud a nivel mundial se afirma que, “entre los años 2018 y 2030 el número anual de nuevos casos de cáncer del cuello uterino pasará de 570 000 a 700 000. Durante el mismo periodo, la cifra anual de muertes aumentará desde 311 000 hasta 400 000, y más del 85% de las mujeres afectadas serán mujeres jóvenes, con escasa instrucción, que viven en los países más pobres” (Adhanom, OMS, 2020 p.5). Cifras que resultan alarmantes para una de las enfermedades pioneras en el establecimiento de programas de prevención por medio acciones como la vacunación contra la infección por VPH, programas estructurados de abordaje temprano por medio de pruebas de tamizaje reglamentadas, de fácil acceso y amplia difusión. No obstante, a pesar de estas medidas, las autoridades en salud a nivel mundial, “para el año 2018, reportaron 569. 681 casos nuevos de cáncer de cérvix en el mundo, convirtiéndose en la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres, con mayor compromiso en países de bajos y medianos ingresos, asociado a la estrecha relación que ha demostrado tener esta enfermedad, con factores de riesgo medio ambientales y socioeconómicos, que, por lo general, en estos países no se controlan de manera eficiente.” (Jiménez Herrera, 2018 p.2- 3).

Al analizar con mayor detalle los reportes epidemiológicos para esta patología, se encuentra que “en América Latina, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer

cervicouterino en el año 2018, y casi 34.000 fallecieron por causa de esta enfermedad”. (Jiménez Herrera, 2018 p.3), datos que ponen en alerta a las autoridades en salud pública de la región, impulsando acciones encaminadas al análisis y evaluación de los diferentes sistemas de abordaje y atención de esta patología, detectando así posibles fallos en la implementación o estructuración de los mismos, que permitan la generación de programas orientados a la mejora y reducción en la mortalidad e incidencia de esta enfermedad.

El comportamiento del cáncer de cuello uterino en Colombia es igualmente preocupante, esta enfermedad representa la quinta causa de muerte por cáncer en el país, con una “incidencia para el año 2018, de 18,4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres” (Jiménez Herrera, 2018 p.3), similar al referente que se presentó para el mismo período de tiempo en los registros epidemiológicos mundiales, en donde la situación reclama con premura la reestructuración de acciones basada en los resultado que se han venido observando.

Al comparar los casos nuevos de cáncer de cervix en el país, se logra identificar una clara tendencia al incremento de estos casos reportados año tras año, “en boletín epidemiológico correspondiente a la semana 23 del año 2018, se encontró un total de 1 628 casos nuevos de cáncer de cervix registrados, para la misma semana epidemiológica en el año 2017 se habían registrado 939 casos nuevos y en el mismo período epidemiológico en el año 2016 se registraron 359 casos nuevos” (Instituto Nacional de Salud, 2018 p.4), cifras que dejan en evidencia el preocupante crecimiento que ha experimentado esta patología en la población femenina del país, por ende, resulta de vital importancia analizar con detenimiento el proceso de atención y abordaje en Colombia de esta patología, con el fin influir y contribuir en el proceso de formulación de estrategias encaminadas a la reducción de la incidencia reportada.

La principal preocupación que conlleva a revisar con mayor detalle el manejo de esta enfermedad, radica en que, el cáncer de cérvix a comparación del cáncer de mama ha presentado mayor porcentaje de mortalidad en el país, según cifras reportadas en el Informe de Evento de cáncer de mama y cuello uterino en Colombia para el año 2018, “de todas las mujeres que padecen esta enfermedad, el 16,8% mueren, mientras que el 9,41 % de las mujeres con cáncer de mama fallecen por esta causa” (Jiménez Herrera, 2018 p.3)

Si se toma como punto de partida que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad prevenible al ser detectada en estadios iniciales, las posibilidades de tratamiento y la tasa de supervivencia son así mismo altas, generalmente sin afectar de manera significativa la calidad de vida de las pacientes (Espín Falcón *et al.* 2012).

Por ende, surge la iniciativa por contribuir al mejoramiento de la calidad en la atención del cáncer de cuello uterino en las diferentes Instituciones de Salud del País, por medio del diseño de un Instrumento que permita la evaluación de los principales elementos involucrados en el manejo de esta patología, a partir de la estructura propuesta por el Modelo de Cuidado Crónico de Edward Wagner, con lo cual se genera el siguiente cuestionamiento, necesario para la elaboración del Instrumento objeto del presente trabajo:

*¿Qué acciones y elementos propios del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, son necesarios evaluar, con el fin mejorar la calidad en el abordaje y el manejo de esta patología, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el país? Lo anterior se busca responder con el fin de construir un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, de fácil aplicación, basado en los elementos propios del modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia y experiencias internacionales exitosas en la evaluación*

de los modelos de atención, que contribuyan al mejoramiento de la calidad en la atención y  
abordaje de esta enfermedad.

#### **4. Justificación**

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad prevenible y curable si se identifica en una fase temprana y se trata de manera oportuna. “Cuando esta enfermedad se detecta en un estadio inicial, la tasa de supervivencia a 5 años para las mujeres con cáncer invasivo de cuello uterino es del 92 %, pero resulta preocupante observar que solo un 45 % de las mujeres con cáncer de cuello uterino en el país, reciben un diagnóstico en estadios tempranos”. (Cáncer de cuello uterino: Estadísticas, 2019. Sociedad Americana Contra el Cáncer, recuperado de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer-de-cuello-uterino/estadisticas>, Julio 2020).

Lo anterior, deja en evidencia posibles falencias presentes en el modelo actual de atención y abordaje del cáncer de cuello uterino en Colombia, aunque no se tiene claridad de los procesos específicos en los cuales radica la generación de las principales dificultades para la implementación de acciones de prevención de una manera efectiva, acciones encaminadas al diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta enfermedad, y así lograr la reducción significativa de casos nuevos reportados y un menor número de muertes por esta causa; por tal motivo, se considera necesaria la construcción de una herramienta práctica que permita la evaluación de las diferentes acciones y elementos de abordaje propios de esta enfermedad, en el marco de la estructura que brinda el modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner, dirigida a las Instituciones de salud del país, con el fin de mejorar la calidad en la atención y abordaje de esta patología y brindar estrategias de mejora según las falencias que se logren identificar por medio de esta herramienta, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas en el manejo y abordaje de esta enfermedad.

En la actualidad, Colombia cuenta con importantes iniciativas encaminadas a la búsqueda por mejorar el abordaje del cáncer en el país y lograr impactar en la reducción de casos nuevos reportados año tras año, haciendo énfasis en impulsar estrategias dirigidas a la prevención y diagnóstico oportuno de esta patología. Dentro de las principales estrategias se encuentran, el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, Rutas Integrales de Atención en Salud establecidas y con directrices específicas para el cáncer de cervix , Guías de práctica clínica disponibles para los profesionales de la salud y una versión de estas guías adaptada para los pacientes y cuidadores, con el fin de ampliar cada vez más el conocimiento y generar conciencia respecto a esta enfermedad; sin embargo, no se tiene conocimiento de que el país cuente con un instrumento de evaluación y análisis dirigido a la revisión del modelo de atención de cáncer de cuello uterino en las diferentes instituciones de salud, que le permita la identificación de las principales oportunidades de mejora, relacionadas con la forma como se encuentran estructuradas sus estrategias actuales, el direccionamiento de su implementación y el alcance que realmente se logra con la aplicación de estas estrategias, una herramienta que contribuya al mejoramiento de la calidad en el abordaje y atención de esta patología y así mismo contribuir al impacto positivo en la salud de la población.

El modelo de gestión de enfermedades enfocado en el cuidado crónico, diseñado por el Dr. Edward Wagner, es una herramienta estructural, dirigida a los programas de enfermedades crónicas, con el fin de realizar de una organizada la revisión de los procesos que conforman el modelo de atención. Esta herramienta de gestión de la calidad en salud propone la revisión de los procesos relacionados a los diferentes modelos de atención a partir de 6 elementos clave, “1. Organización del sistema, 2. Diseño del modelo de cuidados, 3. Apoyo para la

toma de decisiones clínicas, 4. Apoyo al autocuidado, 5. Recursos y políticas comunitarias, 6. Sistemas de Información Clínica.” (Morel, 2011, p.3), que permiten al evaluador categorizar las principales acciones y elementos para ser analizados en el marco del modelo de atención a evaluar.

Este modelo diseñado y dirigido al cuidado de las enfermedades crónicas, en la actualidad es considerado como uno de las herramientas más utilizadas por su experiencia de éxito a nivel mundial en los procesos de análisis, evaluación y reestructuración de modelos de atención de enfermedades crónicas en países como Canadá, con el diseño del “*Modelo Canadiense de Atención a Pacientes Crónicos Expandido*” (Barr, 2003 p.76), España, con la implementación de los componentes del modelo de cuidado crónico, que les permitió el diseño del “*Modelo Óptimo de Atención al Paciente con Infección por VIH*” (Rojo, 2018 p.6), e instituciones de referencia internacional, como lo es la Organización Mundial de la Salud, quien diseñó un modelo dirigido al cuidado de enfermedades crónicas, con el objetivo de lograr ponerlo a disposición de los diferentes Sistemas de Salud en los países que requirieran un modelo adaptado a las necesidades propias en la atención de las patologías de carácter crónico, basado en los componentes propuestos por el MCC Edward Wagner, el cual fue denominado “*Perfil de Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas*” (Vivas Consuelo, 2010 p.44). Lo anterior se toma en cuenta en la presente revisión como algunos de los ejemplos más relevantes de la aplicación exitosa de esta herramienta de evaluación y gestión, e impulsa a que en el presente estudio se busque llevar a cabo el análisis y revisión documental de las principales acciones y elementos del modelo de atención y abordaje del cáncer de cuello uterino a partir de experiencias internacionales de evaluación exitosas, por medio de los 6 elementos propuestos por el Modelo de cuidado crónico de Ed Wagner, con

el fin de construir un instrumento de evaluación y propuestas del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las instituciones de salud del país, contribuyendo para facilitar la identificación de falencias y adicionar propuestas de mejora según los elementos contemplados en dicha evaluación.

## **5. Objetivos**

### *5.1 Objetivo General*

Diseñar un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas en la evaluación de acciones y estrategias de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a contribuir en el mejoramiento de algunas acciones y estrategias del modelo de atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura propuesta por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner.

### *5.2 Objetivos específicos*

5.2.1 Identificar los principales elementos que deben ser analizados, a través de un instrumento de evaluación de acciones y estrategias, dirigido al modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, por medio de la revisión de los principales documentos nacionales que constituyen el modelo, e identificando experiencias internacionales de evaluación exitosas, para la construcción del instrumento, siguiendo la estructura de los elementos propuestos, por el modelo de cuidado crónico de Edward Wagner.

5.2.2 Proponer una estrategia de implementación del instrumento de evaluación y propuestas de mejora de la atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, dirigido a las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud en el país.

## **6. Propósito**

En el presente trabajo se busca la construcción de un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, frente al modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las Instituciones de Salud en Colombia.

El análisis y evaluación de diferentes aspectos contemplados dentro de los procesos actuales, en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, por medio de un instrumento diseñado para este fin, tiene como propósito contribuir en la optimización de algunos elementos y acciones, en el proceso de identificación de oportunidades de mejora, para el abordaje y atención de esta patología, en las diferentes Instituciones de salud involucradas.

De esta manera, se busca a su vez realizar un aporte en la orientación y mejoramiento de las principales estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y acciones relacionadas con los programas de tamizaje y detección temprana del cáncer de cuello uterino, clasificando dicho análisis en categorías que prioricen: la participación del paciente, su familia, la comunidad y los profesionales encargados de gestionar los procesos de abordaje y atención del cáncer de cérvix.

Teniendo en consideración, que el cáncer de cuello uterino es un problema multifactorial, que depende de numerosos aspectos, procesos e intervenciones para la resolución de los principales obstáculos, en la atención y manejo de esta patología, se busca contribuir en la identificación de algunos de los elementos y acciones relacionados a este problema, por medio de una evaluación estructurada, siguiendo las categorías propuestas por el Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner, en un Instrumento diseñado para tal fin.

## **7. Aspectos metodológicos**

### *7.1 Tipo de estudio*

Estudio descriptivo, tipo revisión documental.

### *7.2 Universo y muestra de estudio*

En el presente estudio, se tuvo en cuenta una muestra de tipo documental, para la revisión y análisis de las variables identificadas, en la búsqueda por responder la pregunta de investigación y lograr los objetivos planteados.

La revisión de literatura se llevó a cabo mediante la recolección y análisis de información, disponible en las bases de datos de la página web de la Biblioteca Juan Roa Vásquez - Universidad El Bosque, dentro de las cuales se destacaron las siguientes: Elsevier, Instituto Nacional de Salud, Organización Mundial de la Salud (OMS /WHO) Repositorio Institucional, Organización Panamericana de la Salud, Science Direct y UptoDate.

Así mismo, se llevó a cabo una revisión del material de consulta disponible en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, apoyado por una revisión adicional de los reportes de literatura referentes al tema de investigación, disponibles en la plataforma de Google Académico, relacionados con la descripción de la situación actual del Cáncer de cuello uterino a nivel nacional e internacional, la descripción del modelo de atención del Cáncer de cuello uterino en Colombia, los modelos de atención basados en la gestión de enfermedades y gestión de la calidad en salud, así como experiencias de evaluación de modelos de enfermedades crónicas, a través del modelo de Edward Wagner, y modelos de atención que representaran experiencias exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias contempladas en el abordaje del cáncer de cuello uterino.

Lo anterior, con el fin de identificar los principales elementos, que deben ser tomados en cuenta, para la construcción de un instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las Instituciones de salud del país.

#### *7.2.1 Criterios de Inclusión*

- Artículos de texto completo.
- Idioma español o inglés.
- Publicados en los últimos 20 años.

#### *7.2.2 Criterios de Exclusión*

- Artículos no arbitrados y literatura gris

#### *7.3 Matriz de variables*

A continuación, se presenta la matriz de las variables identificadas, junto con su definición conceptual y operacional, así como la escala de medición y la fuente de cada una de ellas.

Las variables en mención, fueron contempladas en el desarrollo del presente estudio, y utilizadas por las autoras, para la realización del análisis de la información, necesaria en el proceso de construcción de un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, dirigido al modelo de atención y abordaje del cáncer de cuello uterino, en las instituciones de salud en Colombia.

**Tabla 10. Matriz de variables**

<b>Diseño de un instrumento para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner</b>					
<b>Objetivo General</b>	Diseñar un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a contribuir en el mejoramiento de algunas acciones y estrategias del modelo de atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura propuesta por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner.				
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de la variable</b>
Identificar los principales elementos que deben ser analizados, a través de un instrumento de evaluación de acciones y estrategias dirigido al modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, por medio de la revisión de los principales documentos nacionales que constituyen el modelo, e identificando experiencias internacionales de evaluación exitosas, para la construcción del instrumento, siguiendo la estructura de los elementos propuestos, por el modelo de	Organización del sistema	Conjunto de actividades estructuradas en el marco del sistema de atención de enfermedades crónicas, las cuales permiten la conformación de una estructura idónea y consecutiva en el abordaje de la enfermedad.	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al componente de Organización del Sistema	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.
	Diseño del modelo de cuidado	Conjunto de acciones del proceso asistencial que permiten organizar la prestación de los servicios de manera que se optimice la atención y se individualicen las acciones acordes a las necesidades de la población.	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al componente de Diseño del modelo de cuidados.	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.

<b>Diseño de un instrumento para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner</b>					
<b>Objetivo General</b>	Diseñar un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a contribuir en el mejoramiento de algunas acciones y estrategias del modelo de atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura propuesta por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner.				
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de la variable</b>
cuidado crónico de Edward Wagner.	Apoyo para la toma de decisiones clínicas	Disponibilidad de herramientas de apoyo de decisiones clínicas basadas en evidencia científica.	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al componente de Apoyo para la toma de decisiones clínicas.	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.
	Apoyo al autocuidado	Intervenciones dirigidas al fortalecimiento del conocimientos y empoderamiento de la comunidad y la población en riesgo de padecer una enfermedad crónica	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al componente de Apoyo al autocuidado.	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.
	Recursos y políticas comunitarias	Herramientas de un sistema, establecidas, que apoyan la ejecución y optimización de acciones propias del modelo acopladas a las necesidades de la población y su contexto.	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del

<b>Diseño de un instrumento para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner</b>					
<b>Objetivo General</b>	Diseñar un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a contribuir en el mejoramiento de algunas acciones y estrategias del modelo de atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura propuesta por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner.				
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de la variable</b>
			componente de Recursos y políticas comunitarias		Modelos de Edward Wagner Anexo 1.
	Sistemas de información clínica	Organización del estado de los registros clínicos en pro de una atención más coordinada, eficaz y eficiente	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos enmarcados con el modelo de Ed Wagner, y experiencias internacionales exitosas de las actividades relacionadas al componente de Sistemas de información clínica.	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.
Proponer una estrategia de implementación del instrumento de evaluación y propuestas de mejora, de la atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, dirigido a las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud en el país.	Cultura Institucional	Sistema de significados compartidos por todos los miembros de una organización	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos de elementos contemplados en la implementación de instrumentos de evaluación del modelo de atención de una enfermedad.	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 2.
	Componente talento humano	Aptitud intelectual de las personas de una organización valorada por su capacidad natural o adquirida	Identificación en la revisión documental de artículos, guías y protocolos de elementos	Cualitativa Nominal	Guía de lectura y análisis de estrategias de atención Nacionales e Internacionales

<b>Diseño de un instrumento para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner</b>					
<b>Objetivo General</b>	Diseñar un instrumento de evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de experiencias internacionales exitosas, en la evaluación de acciones y estrategias de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a contribuir en el mejoramiento de algunas acciones y estrategias del modelo de atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura propuesta por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner.				
<b>Objetivos específicos</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de la variable</b>
		para su desempeño en una labor determinada.	contemplados en la implementación de instrumentos de evaluación del modelo de atención de una enfermedad.		del Cáncer de Cuello uterino según los elementos del Modelos de Edward Wagner Anexo 1.

**Fuente:** *Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema 2020.*

#### *7.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de la información.*

##### *7.4.1 Identificación de elementos, que deben ser incluidos en el Instrumento de evaluación, del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.*

Técnica utilizada: Se realizó una revisión documental referente al tema de investigación, identificando los principales elementos que deben ser evaluados, según las categorías propuestas por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner, identificando a su vez, propuestas de mejora a partir de experiencias internacionales exitosas, de evaluación de estrategias y acciones en el abordaje de esta patología, con el fin de categorizar los principales elementos de evaluación, incluidos en el diseño del Instrumento, objeto del presente estudio.

Instrumento: Se diseñó una guía de lectura y análisis de los documentos que constituyen las acciones y estrategias nacionales, relacionadas con el modelo de atención del cáncer de cuello uterino, y experiencias Internacionales exitosas, en la evaluación del abordaje de esta enfermedad, siguiendo las categorías propuestas por el Modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner (Anexo 1).

##### *7.4.2 Propuesta de implementación de Instrumento de evaluación objeto de estudio.*

Técnica utilizada: Se realizó una revisión documental, identificando los principales modelos de implementación de herramientas de evaluación en salud, con el fin de establecer las estrategias de aplicación, y las posibles barreras presentes durante la implementación del Instrumento diseñado en el presente estudio, en las Instituciones de Salud del país.

Instrumento: Se diseñó una guía de lectura y análisis de documentos propios del Modelo de Atención del Cáncer de cuello uterino en Colombia, contemplando las acciones y las

estrategias nacionales, así como experiencias internacionales exitosas, de evaluación de acciones y estrategias de abordaje de esta patología, siguiendo las categorías propuestas por el Modelos de Edward Wagner (Anexo 1).

Se incluyó dentro de la guía de lectura, una categoría específica, para la identificación de estrategias de implementación, con el fin de establecer en la literatura analizada, elementos claves, que deben ser considerados dentro de la propuesta de aplicación del Instrumento diseñado en el presente estudio.

## **8. Materiales y Métodos**

Para llevar a cabo la actual revisión, se tuvo en cuenta una serie de actividades descritas a continuación, las cuales apoyaron el proceso de diseño y elaboración del Instrumento de Evaluación y Propuestas, dirigido al modelo de atención del cáncer de cuello uterino, de las diferentes Instituciones de salud en Colombia.

### *8.1 Búsqueda y recolección de literatura*

Se llevó a cabo una revisión documental, a partir de la consulta en las siguientes bases de datos: ClinicalKey, Elsevier, Embase, Instituto Nacional de Salud, Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Organización Mundial de la Salud (OMS /WHO) Repositorio Institucional, Organización Panamericana de la Salud, ProQuest *One Academic*, PubMed *Medline*, Science Direct y UptoDate.

Así mismo, se llevó a cabo una revisión del material de consulta disponible en el portal web del Ministerio de Salud y Protección Social, apoyado por una revisión complementaria en de los reportes de literatura referente al tema de investigación, disponibles en Google Académico, consultados en el portal web de la Biblioteca Juan Roa Vásquez de la Universidad el Bosque.

Se utilizaron las siguientes palabras clave en la búsqueda de información de interés: “Gestión de calidad en Salud”, “Modelos de práctica clínica”, “Gestión de la calidad de la

población”, “Modelo de Edward Wagner”, “Modelo de atención de enfermedades crónicas”,  
“Cáncer de cuello uterino”, “Estrategias de implementación” y “Herramientas de gestión”.

Se identificaron los siguientes términos Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), en español e inglés: “*Quality Management*”, “Pautas en la Práctica”, “*Practice Patterns, Physicians*”, “*Population Health Management*”, “*Health Plan Implementation*”. “Implementación de Plan de Salud”, “*Practice Management*”, “Administración de la Práctica Médica”, “*eHealth Strategies*” y “*Cervix cancer*”.

Se utilizó a su vez, la siguiente estrategia de búsqueda con los operadores booleanos, AND y OR de la siguiente forma: Gestión de calidad en Salud AND cáncer cuello uterino, Cáncer de cuello uterino AND calidad AND gestión de enfermedades, *Cervix cancer AND Quality management AND Chronic Disease, Population Health Management AND chronic disease model, Ed Wagner Model AND Chronic disease management. Modelo de Edward Wagner AND cuidado crónico, Health Care AND Cervix Cancer OR Health Model AND Uteri Cancer, Health Plan Implementation AND eHealth Strategies*, “Administración de la Práctica Médica OR Implementación de Plan de Salud AND cáncer de cuello uterino.

## 8.2 Verificación de documentos, títulos, resúmenes y tablas de contenido.

Una vez se realizó la búsqueda de literatura relacionada con el tema de investigación, se inició un proceso de revisión de cada uno de los artículos encontrados, comenzando con el título y los resúmenes, identificando elementos de valor dentro de la revisión documental, para lograr desarrollar el objetivo planteado.

Se excluyeron aquellos documentos, que a pesar de contar con las palabras clave dentro del título o el resumen, su enfoque se encontraba distante del propósito del presente estudio.

Para aquellos documentos, que correspondían a la presentación de modelos de atención, por parte de Instituciones Oficiales Nacionales e Internacionales, Guías de Práctica Clínica, Protocolos de Manejo y presentación de estrategias de abordaje, se inspeccionó el título, la introducción y la tabla de contenidos, con el fin de identificar con mayor detalle las líneas temáticas que se contemplaron en cada uno de los documentos, y de esta manera, se descartaron aquellos que no abordaran las líneas temáticas, acorde con el objetivo de revisión de la presente investigación.

### *8.3 Caracterización de los artículos identificados en la revisión documental*

Posteriormente, se realizó la caracterización de los artículos y documentos seleccionados, por medio de una guía de lectura diseñada para tal fin (Anexo 1), construida en el programa informático Microsoft Office Excel ®, en la cual se clasificaron y consolidaron los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados.

Se excluyeron aquellos documentos que no se encontraban arbitrados o hicieran parte de la literatura gris, concebida como aquella literatura no convencional, publicada o difundida a través de fuentes informales.

En la guía de lectura se registraron a su vez, las características generales de cada uno de los documentos, identificando: el título, el tipo de documento, país de publicación, modelo de atención evaluado, institución que elaboró y avaló el documento, así como las seis categorías propuestas por el Modelo de Cuidado Crónico de Edward Wagner, con el fin de clasificar las acciones encontradas en la literatura según los siguientes elementos:

#### 1. Organización del sistema

2. Diseño del modelo de cuidados
3. Apoyo para la toma de decisiones clínicas
4. Apoyo al autocuidado
5. Recursos y políticas comunitarias
6. Sistemas de Información Clínica

Se contempló una categoría específica, para el registro de las cifras epidemiológicas actuales de cada uno de los elementos de evaluación identificados, así como la fórmula para poder obtener su medición. Lo anterior, se llevó a cabo con el objetivo de poder determinar con claridad, el mecanismo o escala de medición de cada uno de los elementos e implementarlo en la construcción del Instrumento de evaluación.

Adicionalmente, dentro de la guía de lectura, se indicó una columna para el registro de las recomendaciones de implementación y modelos de aplicación, con el propósito de extraer herramientas de valor, indispensables en la construcción de una propuesta de aplicación del Instrumento de evaluación, en las diferentes Instituciones de salud en Colombia.

*8.4 Organización y caracterización de los elementos de evaluación identificados en la revisión documental.*

Luego de la identificación de los aspectos más relevantes, dentro de cada uno de los documentos y artículos revisados, se llevó a cabo un proceso de caracterización de la información presentada, para lo cual se diseñó una guía de selección específica en el programa Microsoft Excel® (Anexo. 2); herramienta que permitió el proceso de selección y registro de los elementos de evaluación más relevantes, identificados a lo largo de la

revisión documental, con el fin de clasificarlos según cada una de las categorías propuestas por el Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner, y definir específicamente en que consiste cada uno de los elementos de evaluación seleccionados.

De esta manera se facilitó su identificación, durante el proceso de construcción del Instrumento de evaluación, dirigido al modelo de atención del cáncer de cuello uterino, objeto de presente estudio.

#### *8.5 Diseño y elaboración del instrumento de evaluación y propuestas para modelo de atención del cáncer de cuello uterino, en las diferentes Instituciones de Salud del país.*

Posterior a la revisión documental de base, se utilizó el programa informático Microsoft Excel ®, para la construcción y diseño del instrumento de evaluación, acorde con las seis categorías propuestas por el Modelo de Gestión de cuidado crónico de Edward Wagner, incluyendo en cada categoría, los elementos de evaluación identificados y seleccionados a partir de la revisión de literatura.

Se establecieron los valores de referencia, acorde con la revisión documental, y las cifras registradas en el instrumento de categorización específico, previamente diligenciado (Anexo 2) para cada uno de los elementos de evaluación identificados.

Se definieron con detalle, los objetivos y metas cuantitativos para aquellos elementos de evaluación seleccionados que así lo requirieran, acompañados de la fórmula de medición, para el cálculo de estas cifras, en el proceso de evaluación.

Se destinó dentro del proceso de construcción del instrumento, un espacio para el registro y la referenciación de las diferentes recomendaciones y propuestas de mejora, extraídas de

experiencias internacionales de evaluación exitosas, acorde con cada uno de los ítems de evaluación seleccionados; de tal manera que, el futuro evaluador, logre ser direccionado a estos modelos y herramientas de mejora, una vez se obtenga el resultado de la evaluación de cada uno de estos ítems contemplados.

#### *8.6 Propuesta de Implementación del Instrumento de evaluación para el Modelo de Atención del cáncer de cuello uterino en las Instituciones de Salud en Colombia.*

Finalmente, para el desarrollo y construcción de una propuesta de implementación del instrumento de evaluación diseñado, se tomó como punto de partida nuevamente la revisión de literatura, llevada a cabo a partir de los documentos y artículos seleccionados al principio del estudio.

Se identificaron gracias al proceso de categorización inicial, contemplado en la guía de lectura y análisis documental, (Anexo1), las diferentes estrategias y modelos de implementación de herramientas de evaluación en salud, la cuales fueron referenciadas a partir de las experiencias internacionales, que mostraron resultados positivos en los diferentes procesos de evaluación de acciones y estrategias de los modelos de atención del cáncer de cuello uterino. Lo anterior, constituyó un pilar fundamental para la identificación, de todos aquellos elementos positivos, negativos y todos aquellos retos a considerar, en el momento de emprender un proceso de aplicación y uso de una herramienta de evaluación, en las diferentes Instituciones de Salud del país.

## 9. Plan de análisis

El análisis de la información se llevó a cabo, inicialmente por medio del registro de los documentos en una base de datos, diseñada para tal fin.

La recolección y el registro de los documentos y los artículos encontrados, se realizó durante el período de tiempo destinado a la búsqueda de información, a través de un proceso de tabulación en el programa informático Microsoft Excel ®, con el fin de asegurar un proceso de correcta clasificación de la información, a partir de los aspectos más relevantes y congruentes, necesarios para la elaboración y desarrollo del objetivo de la presente revisión.

Una vez tabulada la información, se llevó a cabo el proceso de inspección de cada uno de los documentos seleccionados, identificando los elementos de evaluación necesarios para ser incluidos en la construcción del Instrumento, objeto del presente estudio.

La información sociodemográfica de los documentos y estudios analizados, se presentó mediante gráficos circulares de torta y gráficos de barras, en los cuales se registraron las características generales de los documentos, encontradas en la revisión de literatura, de la siguiente forma: una gráfica de torta destinada a la presentación de los tipos de documentos seleccionados, una gráfica de distribución geográfica, para la presentación de los países en los cuales se publicaron los estudios y documentos consultados, una gráfica de barras en la cual se le facilitara al lector la identificación de los años de publicación de los diferentes

archivos seleccionados, y finalmente, una gráfica de torta, para la presentación de los diferentes modelos de atención de enfermedades, desarrollados en los documentos de revisión.

Posterior al análisis y presentación de la información sociodemográfica, de los documentos elegidos, se tomó en consideración la información recopilada en la guía de lectura y análisis documental (Anexo 2).

Se elaboró una tabla de frecuencia, como método de presentación de los diferentes elementos y subelementos de evaluación, identificados en los documentos y artículos revisados, con el fin de facilitar al lector el acceso e identificación de los elementos y acciones, que se consideraron indispensables, para la construcción del Instrumento de evaluación, siguiendo la estructura y los elementos propuestos por el Modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner, al momento de ordenar y categorizar la información encontrada.

Finalmente, se presentaron las principales estrategias y modelos de implementación de herramientas de evaluación en salud, identificadas en los estudios y documentos analizados, por medio de una tabla de frecuencia, en donde se registraron los siguientes aspectos: el nombre de la estrategia de implementación, las barreras de aplicación y el país e institución que elaboró el documento; lo anteriormente mencionado, se llevó a cabo con el propósito de contar con una línea de base, en la formulación de una propuesta clara de implementación del Instrumento de evaluación, dirigida a las instituciones de salud del país.

## **10. Consideraciones y aspectos éticos**

El presente trabajo fue llevado a cabo en concordancia a lo establecido por la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Título 1 Disposiciones Generales, Artículo 4, el cual contempla que: “La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos; al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, la prevención y control de los problemas de salud; al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud; el estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud y la producción de insumos para la salud”.

De igual manera, se tuvo en cuenta lo establecido por la Ley 23 de 1982, “Sobre derechos de autor”, por medio de la cual se protege a los autores de obras literarias, científicas y artísticas, en la forma prescrita por la ley y en cuanto fuere compatible con ella, por el derecho común”; Artículo 6 en la cual establece que “Las ideas o contenido conceptual de las obras literarias, artísticas y científicas, no son objeto de apropiaciones”.

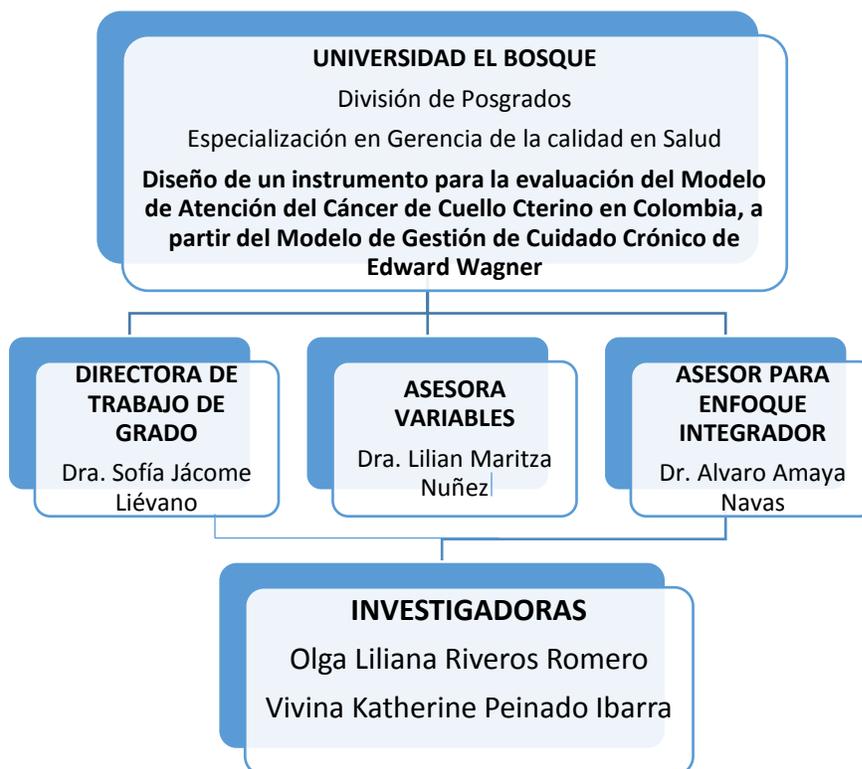
Bajo este contexto, y por tratarse de una revisión documental, el presente trabajo de investigación se considera de bajo riesgo, debido a que no contempla intervenciones directas en personas o instituciones, y se trabajó con el objeto de conseguir diseñar un instrumento de

evaluación y propuestas de mejora, a partir de la revisión de las acciones y estrategias del Modelo de Atención de Cáncer de Cuello Uterino nacional, y experiencias internacionales de evaluación exitosas, orientadas a contribuir en la mejora de algunas acciones de abordaje y atención de esta patología, en las instituciones de Salud en Colombia, siguiendo la estructura de los elementos propuestos, por el Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

## 11. Estructura organizacional del proyecto

A continuación, se presenta la estructura organizacional del proyecto, acorde con los lineamientos institucionales establecidos por la División de posgrados: *Facultad de Medicina – Especialización de Gerencia de la Calidad en Salud*, con los actores y colaboradores indispensables, para la elaboración y desarrollo del presente trabajo de investigación.

**Figura 10.** Estructura Organizacional del proyecto



**Fuente:** Elaborado por las autoras 2020

## 12. Cronograma

Las actividades del presente estudio fueron realizadas de acuerdo con el cronograma que se presenta a continuación.

**Tabla 11. Cronograma de actividades**

No	Actividades	Responsables	Año 2020						Año 2021								
			6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6		
1	Propuesta de investigación	Olga Riveros Viviana Peinado															
2	Definición de tema de Investigación	Olga Riveros Viviana Peinado															
3	Búsqueda de Bibliografía	Olga Riveros Viviana Peinado															
4	Asesoría Enfoque Integrador N°1	Dr. Álvaro Amaya															
5	Entrega Título preliminar	Olga Riveros Viviana Peinado															
6	Lineamientos para la presentación de Trabajos de grado Asesoría Directora del trabajo de grado N°1	Dra. Sofía Jácome L.															
7	Primer avance Introducción Marco Conceptual Marco Institucional Marco Normativo	Olga Riveros Viviana Peinado															
8	Asesoría Directora del trabajo de grado N° 2	Dra. Sofía Jácome L.															
9	Segundo avance Planteamiento del problema Justificación Objetivos general y específico Propósito	Olga Riveros Viviana Peinado															
10	Asesoría Metodológica N° 3	Dra. Sofía Jácome L.															
11	Asesoría directora del trabajo de grado N° 3	Dra. Sofía Jácome L.															
12	Asesoría Enfoque integrador N°2	Dr. Álvaro Amaya															

No	Actividades	Responsables	Año 2020						Año 2021										
			6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6				
13	Definición de aspectos Metodológicos Elaboración de matriz de variables Elaboración de Instrumentos	Olga Riveros Viviana Peinado																	
14	Asesoría directora del trabajo de grado N°4	Dra. Sofía Jácome L.																	
15	Asesoría de Variables N°1	Dra. Lilian Nuñez																	
16	Asesoría Variables N°2	Dra. Lilian Nuñez																	
17	Asesoría Variables N°3	Dra. Lilian Nuñez																	
18	Desarrollo de Materiales y Métodos Plan de análisis Aspectos éticos	Olga Riveros Viviana Peinado																	
19	Asesoría directora del trabajo de grado N° 5	Dra. Sofía Jácome L.																	
20	Asesoría de Variables N°4	Dra. Lilian Nuñez																	
21	Ajuste de primera entrega general trabajo de grado	Olga Riveros Viviana Peinado																	
22	Asesoría directora del trabajo de grado N° 6	Dra. Sofía Jácome L																	
23	Revisión de Literatura y desarrollo de resultados	Olga Riveros Viviana Peinado																	
24	Asesoría directora del trabajo de grado N°7	Dra. Sofía Jácome L																	
25	Desarrollo de Discusión y construcción de la propuesta de Instrumento de evaluación	Olga Riveros Viviana Peinado																	
26	Asesoría directora del trabajo de grado N° 8	Dra. Sofía Jácome L																	
27	Ajuste de Discusión e Instrumento de evaluación, elaboración de propuesta de implementación.	Olga Riveros Viviana Peinado																	
28	Asesoría Enfoque integrador N°3	Dr. Álvaro Amaya																	
29	Primera asesoría artículo de investigación directora del trabajo de grado	Dra. Sofía Jácome L																	
30	Elaboración de artículo de investigación	Olga Riveros Viviana Peinado																	
31	Asesoría directora del trabajo de grado N° 10	Dra. Sofía Jácome L																	

**Fuente:** *Elaborado por las autoras 2020-2021*

### 13. Presupuesto

En la realización del presente estudio, se destinaron recursos económicos asumidos por las investigadoras de acuerdo con la siguiente tabla.

**Tabla 12.** *Presupuesto del trabajo de grado*

Rubros y fuente	Cantidad	Descripción	Valor unitario	Valor total
<b>Recursos Humanos</b>				
<b>Investigadoras</b>	2	Encargada de realizar el diseño y desarrollo del trabajo de investigación.	\$ 0	\$0
<b>Asesoría Enfoque Integrador</b>	2	Profesional orientador para integración de conceptos generales de la investigación	\$ 0	\$ 0
<b>Asesoría Metodológica</b>	1	Profesional orientador de aspectos metodológicos del trabajo de investigación.	\$ 0	\$ 0
<b>Asesoría Estadística</b>	1	Profesional orientador de aspectos estadísticos del trabajo de investigación	\$ 0	\$ 0
<b>Materiales</b>				
<b>Pago por artículos de consulta</b>	2	Artículos de consulta que no es posible obtener libre acceso y es necesaria su compra.	\$ 91.221	\$182.442
<b>Equipos</b>				
<b>Computador portátil</b>	2	Equipos portátiles requeridos para documentación de trabajo de grado	\$ 2.800.000	\$ 5.600.000
<b>Internet</b>				
<b>Factura Internet investigadora 1</b>	12	Factura de Internet Mensual para asesorías generales	\$ 90.000	\$ 1.080.000
<b>Factura de Internet investigadora 2</b>	12	Factura de Internet Mensual para asesorías generales	\$ 108.900	\$ 1.306.800
<b>Total</b>			<b>\$ 8.169.242.00</b>	

**Fuente:** *Elaborado por las autoras 2020*

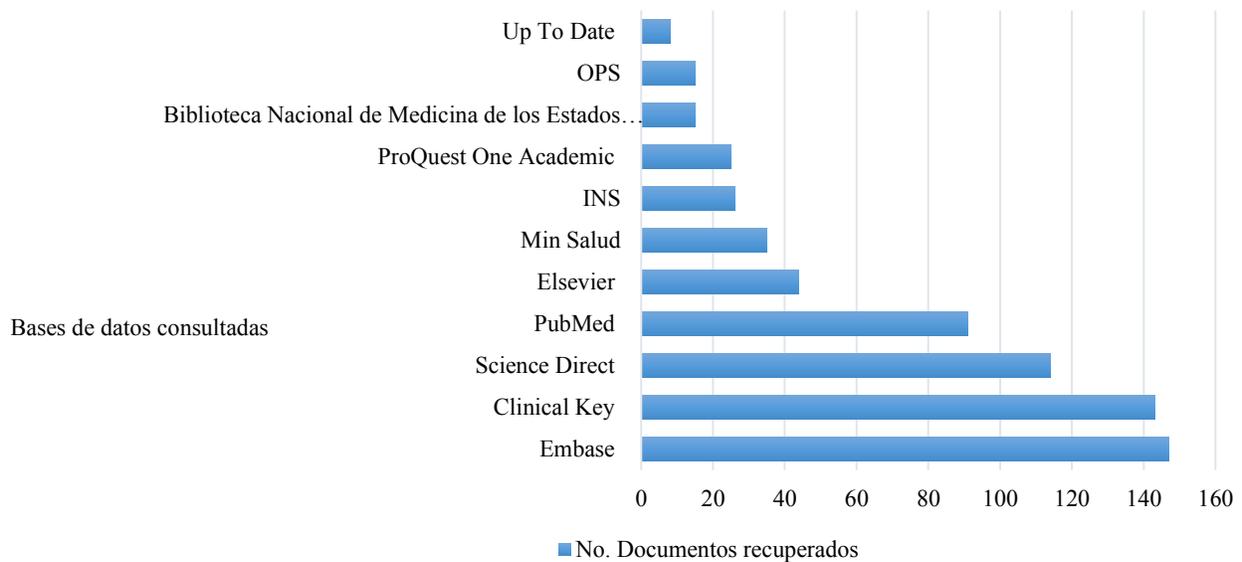
## 14. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la revisión de literatura, en respuesta al objetivo planteado para lograr desarrollar, diseñar y generar una propuesta de implementación correspondiente a un instrumento de evaluación, dirigido al modelo de atención y abordaje del Cáncer de Cuello uterino en las diferentes Instituciones de salud en Colombia.

### *14.1 Recuperación de los documentos de revisión*

El proceso de búsqueda, recolección y revisión de literatura, se llevó a cabo en el período comprendido entre los meses de julio y noviembre del año 2020, en las diferentes bases de datos, disponibles en el portal Web de la Biblioteca Juan Roa Vásquez, Universidad El Bosque y el portal Web oficial del Ministerio de Salud y de Protección Social, teniendo en cuenta la estrategia de búsqueda mencionada, obteniendo un total de 667 documentos de revisión, dispuestos de la siguiente forma, según la recuperación realizada en cada una de las bases de datos consultadas: Embase (n = 147), Clinical Key (n = 143), Science Direct (n = 114), PubMed (n = 91), Elsevier (n = 44), Portal Web Ministerio de Salud y de Protección Social (n = 35) Instituto Nacional de Salud (n = 26), ProQuest *One Academic* (n = 25), Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (n = 15), Organización Panamericana de la Salud (n = 15), Up To Date (n = 8) y Organización Mundial de la Salud (OMS /WHO) Repositorio Institucional (n = 4). (Gráfica 1)

**Gráfica 1.** *Proceso de recuperación inicial de documentos de revisión, en las Bases de Datos.*



**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

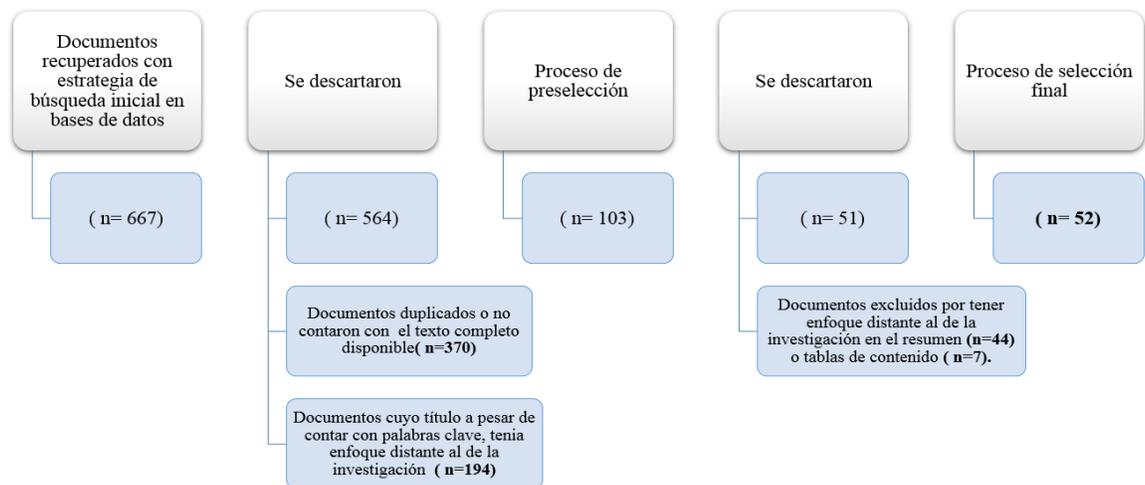
Posteriormente, en el proceso de preselección de los documentos a tener en cuenta, se realizó una revisión general de los títulos y una verificación de la disponibilidad del texto completo de los diferentes documentos recuperados, en esta primera selección, descartando un total de 564 artículos, de los cuales 370 no contaban con el texto completo disponible o se encontraron duplicados, y los restantes ( $n = 194$ ) documentos, fueron descartados porque a pesar de contar con las palabras clave en el título, no se encontraban en relación directa con el objeto de la presente revisión, obteniendo como resultado del primer proceso de preselección un total de 103 artículos.

Gracias a las herramientas de análisis de literatura se llevó a cabo un segundo proceso de selección, el cual se realizó nuevamente a partir de una revisión de títulos de los documentos preseleccionados, continuando con el análisis del contenido de los resúmenes y las tablas de contenido de aquellos documentos que contaran con ellas, descartando un total de 51

artículos, de los cuales 7 no fueron tenidos en cuenta, por contar con tablas de contenido que enunciaban el desarrollo de temas con un enfoque distante al objetivo de la presente revisión. Los 44 documentos restantes fueron descartados porque en su resumen no enunciaban el desarrollo del tema de interés, con el enfoque perseguido por el presente estudio.

Luego del análisis antes mencionado y de los dos procesos de preselección llevados a cabo, se seleccionaron un total de 52 documentos de revisión, que cumplieron con los criterios necesarios para ser incluidos en el desarrollo de la presente revisión. Los procesos de preselección y selección de los documentos de revisión de literatura, se presentan a manera de esquema en la (Figura 11).

**Figura 11.** *Proceso de preselección y selección de documentos de revisión de literatura.*



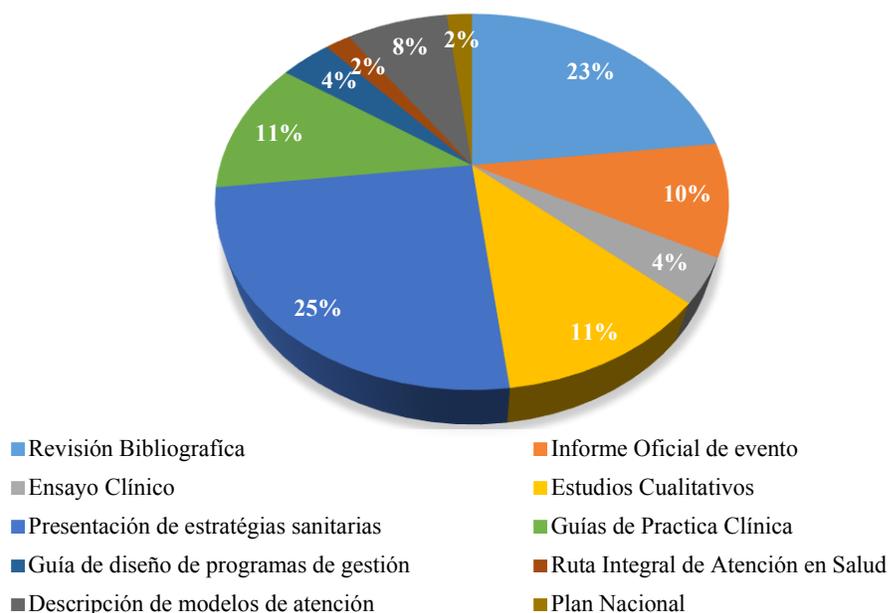
**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

#### 14.2 Información general de los documentos de revisión seleccionados

En el proceso de revisión de la literatura finalmente seleccionada, se clasificaron los documentos, teniendo en cuenta sus características generales, de la siguiente forma: según el tipo de documento se encontraron: artículos correspondientes a la presentación de estrategias

sanitarias ( n=13), seguido por las Revisiones bibliográficas (n =12), Estudios Cualitativos (n=6), Guías de Práctica Clínica (n=6), Informes oficiales de eventos en salud ( n=5), Descripción de modelos de atención (n= 4), Guías de Diseño de Programas de Gestión ( n=2), Ensayos Clínicos ( n=2), Ruta Integral de Atención en Salud (n=1), y Planes Nacionales de Atención ( n=1). (Gráfica 2).

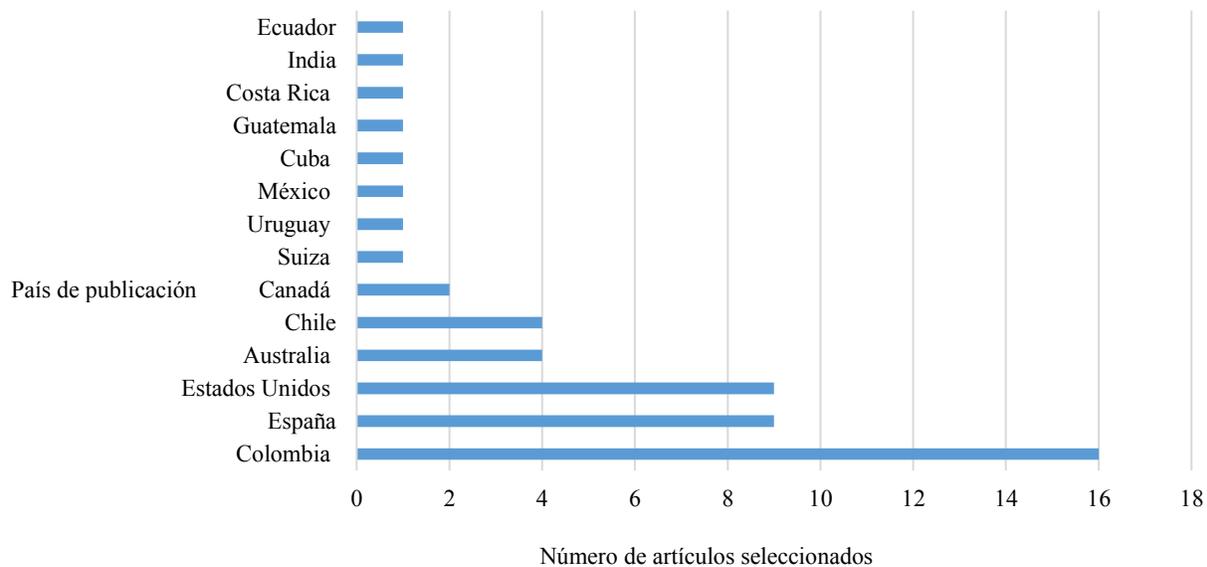
**Gráfica 2.** *Distribución en porcentaje, de los artículos de la literatura seleccionados, según el tipo de documento.*



**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

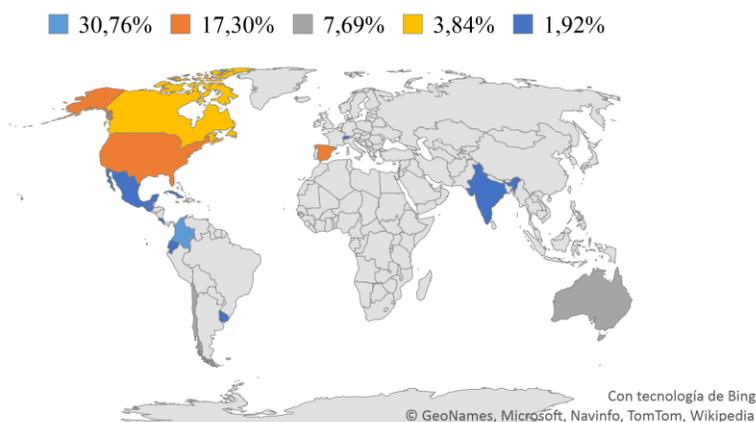
Según el país de publicación de los diferentes documentos seleccionados, se registraron para Colombia el mayor número de artículos, con un total de (n= 16) documentos, seguido por España (n=9), Estados Unidos (n=9), Australia (n=4), Chile (n=4), Canadá (n=2), Suiza (n=1), India (n=1), Ecuador ( n=1), México (n=1), Cuba (n=1), Guatemala (n=1), Costa Rica (n=1) y Uruguay (n=1). (Gráfica 3).

**Gráfica 3.** *Distribución, de los artículos de la literatura seleccionados, según el país de publicación.*



**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

**Figura 12.** *Distribución geográfica porcentual, de los artículos seleccionados, según el país de publicación.*



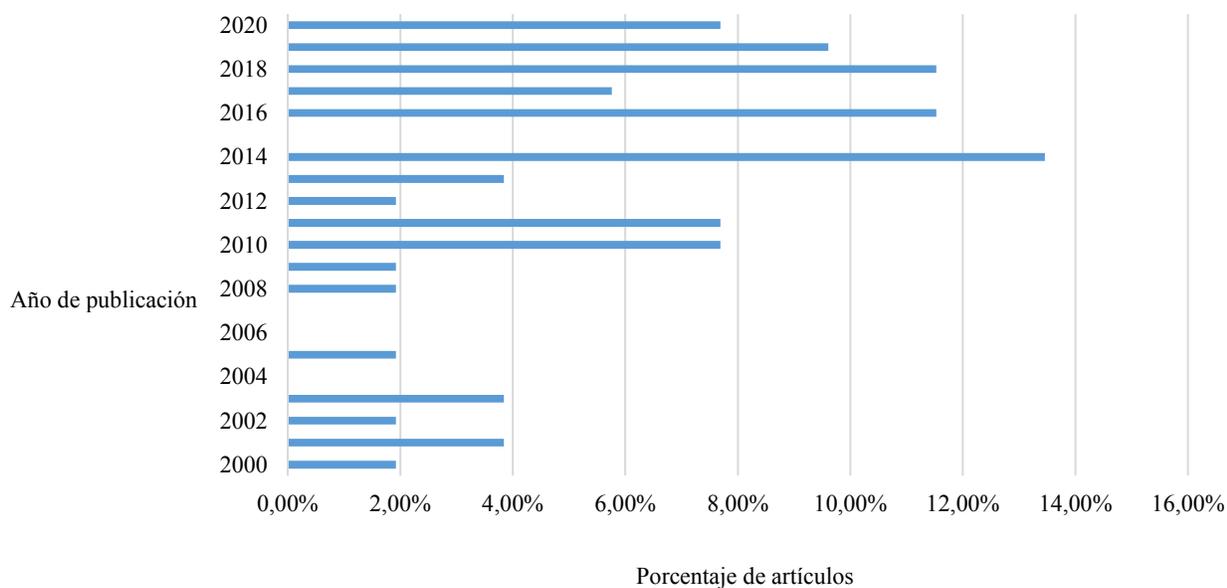
**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

Tomando en consideración el año de publicación de los artículos recuperados y seleccionados, para su revisión, se encontraron distribuidos de la siguiente forma: Del año

2020 se seleccionaron ( n= 4) documentos, para el 2019 (n=5), 2018 ( n=6), 2017 (n=3), 2016 ( n=6), 2014 ( n=8), 2013 ( n=2), 2012 (n=1), 2011 (n=4), 2010 (n=4), 2009 (n=1), 2008 (n=1), 2005 (n=1), 2003 (n=2), 2002 (n=1), 2001 (n=2) y 2000 (n=1). (Gráfica 4).

Para el año de publicación del 2014 se registró la mayor cantidad de documentos seleccionados, seguido por el año 2016 y 2018 y en tercer lugar se encontraron los artículos publicados en los años 2010, 2011 y 2020.

**Gráfica 4.** *Distribución en porcentaje, de los artículos de la literatura seleccionados, según el año de publicación.*

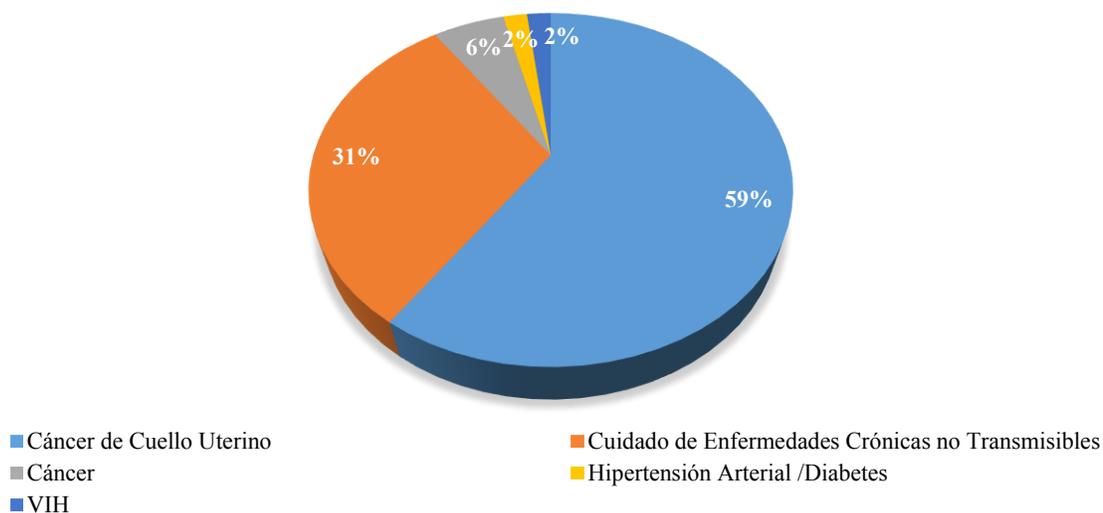


**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

Finalmente, dentro del proceso de caracterización de la literatura seleccionada, los documentos fueron clasificados según el modelo de atención que trataba cada uno de ellos, encontrando que la mayoría de los documentos, se desarrollaban alrededor del Modelo de

atención del Cáncer de Cuello Uterino, con un total de ( n=31) artículos, seguido por aquellos documentos que abordaban el Modelo General de Cuidado de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, con un total de ( n=16) documentos, y los restantes artículos se distribuyeron de la siguiente forma: aquellos referentes al Modelo General de atención del Cáncer (n=3), Hipertensión y Diabetes ( n=1) y Modelo de atención y abordaje del VIH (n=1). (Gráfica 5).

**Gráfica 5.** *Distribución en porcentaje, de los artículos de la literatura seleccionados, según el Modelo de Atención en Salud que desarrollan.*



**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

#### *14.3 Identificación y selección de acciones y elementos de evaluación, del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino.*

Una vez realizado el análisis y selección de los artículos de revisión, se continuó con el diligenciamiento de la Guía de lectura y análisis documental (Anexo 1), diseñada para tal fin,

identificando las acciones y elementos de evaluación necesarios para ser incluidos y analizados a través de un instrumento de evaluación, dirigido al modelo del atención y abordaje del Cáncer del cuello uterino, categorizándolos según los elementos propuestos por el Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner, encontrándose distribuidos de la siguiente forma:

Dentro de la categoría de *Organización del Sistema* se lograron identificar los siguientes elementos de evaluación: cobertura útil de vacunación contra el virus del VPH, proporción de acciones de tamizaje, diagnósticos de cáncer de cuello uterino llevados a cabo en estadios tempranos, y oportunidad de inicio de tratamiento de esta patología.

Para la categoría de *Diseño del Modelo de cuidados*, se seleccionaron los siguientes elementos: acciones de promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable, definición de conducta ante resultados de las pruebas de tamizaje estructurado, tratamiento de lesiones precancerosas, establecimiento de un programa de seguimiento a pacientes diagnosticadas.

En la tercera categoría propuesta por el modelo de Edward Wagner, denominada, *Apoyo para la toma de decisiones clínicas*, posterior a la revisión de la literatura seleccionada se identificó el siguiente pilar de evaluación relacionado con la disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos, basada en evidencia científica adecuada, en la cual se relacionen acciones de tamizaje y tratamiento de pacientes con esta patología.

La cuarta categoría propuesta, consiste en el *Apoyo al Autocuidado*, en el cual se destaca un elemento de evaluación de gran relevancia a lo largo de la revisión de la literatura, como es el direccionamiento, diseño y estructuración de programas de educación de las mujeres

con factores de riesgo, así como programas de educación de pacientes con diagnóstico confirmado, con el fin de lograr un empoderamiento de la población, lo cual contribuye de manera significativa a mejorar los resultados de las diferentes opciones terapéuticas propuestas.

Con relación a la quinta categoría propuesta por el Modelo de Edward Wagner, asociada a los *Recursos y las políticas comunitarias*, se identificó un elemento de evaluación relacionado al desarrollo de Estrategias para optimizar acceso a servicios de salud, así como el estudio y manejo de las diferentes barreras de acceso.

Acorde con la revisión de literatura, en la sexta categoría propuesta, correspondiente a los *Sistemas de Información Clínica*, se relacionaron los siguientes elementos de evaluación: la interoperabilidad de historia clínica y en segundo lugar, la identificación de estrategias de captación y registro de población en riesgo.

En la Tabla 13 se encuentran categorizados los elementos identificados, según la estructura propuesta por el modelo de gestión del Cuidado Crónico de Edward Wagner, junto con el porcentaje de los artículos revisados, que recomiendan e incluyen la evaluación y reporte de resultados de cada uno de los elementos incluidos, lo cual justificó su elección.

**Tabla 13.** *Elementos de evaluación del modelo de atención del Cáncer de Cuello Uterino, identificados en la literatura*

<b>Categoría propuesta por el Modelo de Edward Wagner</b>	<b>Elemento de Evaluación Identificado</b>	<b>Número de artículos que desarrollan el elemento</b>	<b>Porcentaje de artículos sustentan su elección</b>
<b>1. Organización del Sistema</b>	Cobertura útil de vacunación	22	42%
	Proporción de acciones de tamizaje	17	33%
	Paciente diagnosticadas en estadios tempranos	14	27%
	Oportunidad de inicio de tratamiento	5	10%
<b>2. Diseño del modelo de cuidados</b>	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable	3	6%
	Definición de conducta ante resultados de las pruebas de tamizaje	17	33%
	Tratamiento de lesiones precancerosas	15	29%
	Programa de seguimiento	2	4%
<b>3. Apoyo para la toma de decisiones clínicas</b>	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos	21	40%
<b>4. Apoyo al autocuidado</b>	Estrategias de educación del paciente	12	23%
<b>5. Recursos y políticas comunitarias</b>	Estrategias para optimizar acceso a servicios de salud, estudio de barreras.	8	15%
<b>6. Sistemas de Información clínica</b>	Historia Clínica	7	13%
	Estrategias de captación y registro de población en riesgo	9	17%

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020.*

*14.3.1 Selección de subelementos de evaluación específicos, correspondientes a cada elemento de evaluación identificado en la revisión de literatura.*

Para cada uno de los elementos previamente seleccionados a partir de la revisión y análisis de la literatura, se identificaron una serie de subelementos de evaluación específicos, los cuales fue pertinente seleccionar para el diseño y estructuración del instrumento de evaluación.

En la Tabla 14 se presentan los diferentes subelementos específicos seleccionados, correspondientes a cada uno de los elementos de evaluación categorizados anteriormente, según la estructura propuesta por el modelo de Edward Wagner, junto con su respectiva representación porcentual, acorde con el número de artículos y documentos seleccionados que respaldaron su inclusión.

**Tabla 14.** *Subelementos de evaluación específicos, del modelo de atención del Cáncer de Cuello Uterino, identificados en la literatura*

<b>Categoría Modelo de Edward Wagner</b>	<b>Elemento de Evaluación Identificado</b>	<b>Subelementos de evaluación</b>	<b>Artículos con recomendación</b>	<b>Representación porcentual</b>	<b>No. de artículos Correspondiente al 100%</b>
<b>Organización del Sistema</b>	Cobertura de vacunación	Cobertura útil de vacunación contra el VPH	10	45,5%	22
		Plataformas de administración multisectorial que sean eficientes y sostenibles	6	27,3%	
		Actividades de comunicación y movilización social (Reconocimiento de barreras)	4	18,2%	
		Disponibilidad de vacunas	3	13,6%	
	Proporción de acciones de tamizaje	Coberturas de tamizaje con citología	12	70,6%	17
		Tamizaje con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato	5	29,4%	
		Aplicación de pruebas de VPH	3	17,6%	

<b>Categoría Modelo de Edward Wagner</b>	<b>Elemento de Evaluación Identificado</b>	<b>Subelementos de evaluación</b>	<b>Artículos con recomendación</b>	<b>Representación porcentual</b>	<b>No. de artículos Correspondiente al 100%</b>
	Diagnóstico en estadios tempranos	Proporción de mujeres con detección de citologías NIC I.	11	78,6%	14
		Proporción de mujeres con detección de citologías NIC II.			
		Proporción de mujeres con detección de citologías NIC III.			
		Estructuración desarrollo y evaluación de redes de derivación de casos, que vinculan todos los niveles asistenciales	3	21,4%	
		Acceso y disponibilidad de servicios de anatomía patológica	2	14,3%	
	Oportunidad de inicio de tratamiento	Oportunidad de inicio de tratamiento una vez confirmado diagnóstico NIC II Y NIC III	4	80,0%	5
		Proporción de mujeres tratadas o derivadas a opciones terapéuticas quirúrgicas	3	60,0%	
		Proporción de mujeres tratadas o derivadas a radioterapia o quimioterapia	3	60,0%	
Estrategia de educación, capacitación, contratación y retención del personal sanitario responsable		1	20,0%		
<b>Diseño del modelo de cuidados</b>	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable	Estrategias dirigidas a alimentación saludable y aumentar prevalencia de actividad física	3	100,0%	3
		Programas dirigidos a la disminución de prevalencia de consumo de tabaco	2	66,7%	
	Definición de conducta ante resultados de las pruebas de tamizaje	Proporción de mujeres con tratamiento correcto y oportuno acorde al estadio detectado	9	52,9%	17
	Tratamiento de lesiones precancerosas	Proporción de Colposcopia en seguimiento a pacientes con hallazgos NIC I	14	93,3%	15
		Porcentaje de pacientes tratadas con hallazgos en inspección visual	3	20,0%	
	Programa de seguimiento	Diseño e implementación de estrategias de seguimiento institucionales	2	100,0%	2

Categoría Modelo de Edward Wagner	Elemento de Evaluación Identificado	Subelementos de evaluación	Artículos con recomendación	Representación porcentual	No. de artículos Correspondiente al 100%
		Proporción de actividades de seguimiento semestral a pacientes con hallazgo de NIC I	2	100,0%	
		Proporción de actividades de seguimiento a pacientes que inician tratamiento de lesiones invasivas	2	100,0%	
Apoyo para la toma de decisiones clínicas	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos	Disponibilidad de GPC de tamizaje y detección temprana de lesiones precancerosas	21	100,0%	21
		Disponibilidad de GPC de manejo de lesiones invasivas	21	100,0%	
Apoyo al autocuidado	Estrategias de educación del paciente	Iniciativas de sensibilización de los pacientes	7	58,3%	12
		Estrategias de educación en salud sexual y reproductiva	5	41,7%	
		Conformación y participación de grupo multidisciplinario	2	16,7%	
Recursos y políticas comunitarias	Estrategias para optimizar acceso a servicios de salud, estudio de barreras.	Programa de detección de barreras de acceso	5	62,5%	8
		Contar con servicios de apoyo social y consejería a pacientes con cáncer y sus cuidadores.	3	37,5%	
Sistemas de Información clínica	Historia Clínica	Sistema de información coordinado y de fácil acceso	6	85,7%	7
		Proporción de diligenciamiento de resultados y hallazgos de pruebas de tamizaje en Historia Clínica.	5	71,4%	
		Alertas incorporadas a historia clínica.	3	42,9%	
	Estrategias de captación y registro de población en riesgo	Estrategias extramurales de identificación y captación de población en riesgo	7	77,8%	9
		Actividades de socialización y concientización de importancia de detección temprana de Ca. Cuello Uterino	3	33,3%	

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020*

#### 14.4 Identificación de estrategias de implementación

A lo largo de la revisión de literatura realizada se identificaron estrategias de implementación de diferentes herramientas de evaluación en salud, a partir de experiencias internacionales consultadas, las cuales presentaron a su vez, las posibles barreras y obstáculos que pueden enfrentar cada una de las estrategias enunciadas.

Las estrategias de implementación de referencia seleccionadas fueron las siguientes: Aplicación de proyectos piloto, Desarrollo de programas institucionales de concientización de necesidades, Estrategia de medición de resultados, y evidencia constante de aportes de la herramienta implementada y Programas de focalización en el uso de las herramientas, por medio de grupos y comités que lideren y coordinen el proceso de aplicación.

Dentro de las principales barreras de implementación identificadas a lo largo de la revisión de literatura, se destacan las siguientes: *la cultura e identidad organizacionales* que hace referencia a los principios de acción propios de una institución, creencias, valores, hábitos y mecanismos de interacción, los cuales es pertinente evaluar previo al inicio de un proceso de implementación, con el fin de identificar los puntos clave para abordar en el proceso de capacitación y promoción del compromiso con la aplicación de una nueva herramienta.

*El factor humano*, como uno de los retos a considerar en el momento de implementar una herramienta de evaluación, debido a que se debe contar con la menor resistencia posible por parte de los colaboradores encargados y directamente involucrados en la aplicación, con el fin de obtener resultados de aplicación exitosos.

*Capacidad instalada insuficiente* para la aplicación de la herramienta; *Esquemas de dirección institucional y gobernanza* que no se encuentren con consonancia con los objetivos

propios para llevar a cabo un proceso de implementación; *Mecanismos adherencia y conformidad* a lo establecido.

*El aspecto financiero y la inversión monetaria*, es otro de los factores a considerar al momento de emprender un proceso de implementación, dado a que en ocasiones se requiere de inversión en logística específica, para llevar a cabo dicho proceso; por tal motivo se requiere de un estudio de costo – beneficio previo.

En la tabla 15. Se resumen las estrategias seleccionadas a lo largo de la revisión documental, las cuales representaron un punto de partida, para lograr generar la propuesta de implementación del instrumento de evaluación dirigido al modelo de atención del cáncer de cuello uterino en Colombia, objeto de la presente revisión.

**Tabla 15.** *Identificación de estrategias y barreras de implementación de herramientas de evaluación en Salud.*

Estrategias de Implementación	Barreras Identificadas
Implementación de proyectos piloto	Cultura Organizacional
	Factor humano
	Capacidad instalada insuficiente
	Esquemas de gobernanza
Concientización de necesidades institucionales relacionadas.	Cultura Organizacional (Identidad Organizacional)
	Adherencia y conformidad
Medición de resultados y evidencia constante	Inversión económica en sistemas de información
	Adherencia y conformidad
	Roles y responsabilidades inespecíficos
	Relación costo beneficio inespecífica
Focalización del uso de las herramientas	Factor Humano
	Roles y responsabilidades inespecíficos

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura, 2020*

## 15. Discusión

El análisis y discusión de los principales elementos identificados a lo largo de la revisión documental se presenta a través de dos grandes apartados: el primero de ellos, hace referencia a la caracterización general de los artículos y documentos seleccionados para la elaboración de la presente revisión y, el segundo apartado, hace alusión a la discusión de las categorías y elementos específicos, a partir de los cuales se diseñó la propuesta del instrumento de evaluación para el modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las instituciones de salud en Colombia.

### *15.1 Caracterización general de la información de los artículos y documentos seleccionados para su revisión.*

A lo largo de la revisión documental se analizaron artículos que presentaron diferentes modelos de atención en salud por medio de estudios de tipo cualitativo y revisiones bibliográficas, las cuales permitieron estructurar el análisis a partir de importantes líneas temáticas, tales como: la inclusión del concepto de interdisciplinariedad en el desarrollo de programas de atención, la inclusión y participación de la comunidad, el paciente y su familia en el cuidado de la salud y manejo de la enfermedad, así como el desarrollo de estrategias y programas de aplicación una práctica clínica pertinente, en el marco del abordaje integral de la enfermedad. Estas líneas temáticas, fueron consideradas para contextualizar, adaptar y

desarrollar el proceso de selección de los principales elementos de evaluación incluidos en la propuesta de instrumento, construida en presente trabajo de investigación.

A lo largo de la revisión documental, se logró destacar cómo en América Latina, el cáncer de cuello uterino es un tema al cual pareciera se le presta especial atención desde la academia y diferentes instituciones; la mayor cantidad de fuentes consultadas corresponden a iniciativas, proyectos y estudios desarrollados en Colombia, sin embargo, a pesar de las numerosas herramientas y estrategias dirigidas a la prevención y abordaje oportuno de esta enfermedad, en el marco del Sistema de Salud colombiano, las cifras actuales reportadas continua siendo preocupantes; el cáncer de cérvix sigue representando la segunda causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres en Colombia, con “18,4 casos nuevos por cada 100.000 mujeres para el año 2018” (Jiménez Herrera 2018 p.3), un registro de “3.853 casos nuevos, de los cuales 1.775 fallecieron en este mismo año” (Globocan, 2018). Es por esta razón, que surge la necesidad de evaluar las estrategias y acciones actuales, relacionadas con el abordaje y atención de esta patología, partiendo desde su desarrollo e implementación al interior de las instituciones de salud del país, hasta las herramientas de gestión utilizadas y el apoyo y direccionamiento en la toma de decisiones.

En el camino hacia la implementación de procesos de evaluación para la mejora continua, resulta necesario tomar como punto de referencia estrategias innovadoras y modelos de atención que a nivel mundial, lideren con resultados positivos; para tal efecto, se destaca el modelo de atención del cáncer de cuello uterino desarrollado por el Ministerio de Salud australiano, resaltando que Australia y Nueva Zelanda reportaron para el año 2018, la tasa de mortalidad por causa del cáncer de cuello uterino más baja del mundo “con un total de 1.7 muertes asociadas a esta enfermedad por cada 100.000 mujeres”. (Word Health Organization,

2018. p. 2), además de su iniciativa publicada en el año 2018, centrada en la implementación de acciones y metas dirigidas a convertirse en el primer país en lograr la eliminación del cáncer de cuello uterino, en el mundo. (Hall M *et al*, 2018) Por este motivo, el modelo de atención australiano, aportó para la presente revisión, su experiencia como sistema pionero en la toma de decisiones que involucran activamente al paciente y su familia, con especial énfasis en robustecer el sistema de prevención de la enfermedad y la generación de una conciencia profunda a través de herramientas tecnológicas, que de manera interactiva, logren acercar el conocimiento a las diferentes poblaciones. (Canfel. K *et al*. 2018)

Este modelo, dentro de la distribución geográfica de los documentos revisados, representó un recurso importante y punto de referencia, para la identificación de acciones y elementos de evaluación necesarios en la construcción de una propuesta para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, implementado al interior de las diferentes instituciones de salud en Colombia.

Documentos revisados, generados en países como España, Estados Unidos y Canadá, aportaron su experiencia, relacionada con la evaluación y reestructuración de diferentes modelos de atención de enfermedades crónicas, tales como: hipertensión, diabetes y VIH, siguiendo la propuesta del Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas de Edward Wagner, demostrando experiencias positivas, y sirviendo de modelo para la estructuración de la propuesta de evaluación desarrollada en la presente revisión, dirigida al modelo de atención del cáncer de cuello uterino, específicamente.

Vale la pena destacar que la mayor cantidad de recursos y artículos revisados fueron publicados en los últimos 7 años, demostrando el interés creciente por observar, investigar y encontrar estrategias para optimizar el modelo de atención del cáncer de cuello uterino,

persiguiendo la meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el año 2020, la cual plantea el objetivo común por estructurar los sistemas de salud, de tal forma, que se logre una reducción significativa en la incidencia en el cáncer de cuello uterino, buscando una tasa umbral de 4 casos por cada 100.000 mujeres, y su posterior eliminación como problema de salud pública (OMS, 2020).

### *15.2 Análisis de las categorías, subcategorías y elementos específicos de evaluación identificados a lo largo de la revisión de literatura*

El proceso de identificación de elementos y criterios específicos de evaluación, dentro de la literatura revisada se estructuró a partir de las 6 grandes categorías propuestas por el *Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner Organización del sistema, Diseño del modelo de cuidados, Apoyo para la toma de decisiones clínicas, Apoyo al autocuidado, Recursos y políticas comunitarias y Sistemas de información clínica* (Wagner et al, 2001); tomando como referencia la definición de cada una de estas categorías, se logró la identificación de diferentes elementos y criterios específicos de evaluación para cada una de ellas.

Comenzando por la categoría *Organización del Sistema* definida como: el conjunto de herramientas de gestión, que permiten crear las condiciones idóneas para avanzar hacia un modelo de cuidado integral. (Rojo, 2018). Dentro de este contexto, se logró la identificación de los siguientes elementos de evaluación: Cobertura de vacunación contra el VPH, acciones de tamizaje, diagnóstico en estadios temprano y oportunidad en el inicio del tratamiento.

La importancia en la selección de los elementos antes mencionados, radica en el enfoque integral asociado a la toma de decisiones frente a las diferentes acciones involucradas en el proceso de atención; en primer lugar, dentro de las actividades de prevención de la

enfermedad, se encuentra la vacunación contra el VPH, considerada como uno de los pilares en la prevención del cáncer de cuello uterino por su capacidad de disminuir las tasas de infección por el virus del papiloma humano. Esta acción fue catalogada como una de las estrategias con mayor impacto para el logro de la eliminación de esta patología como problema de salud pública según la OMS, quién afirma que es necesario que los países se tracen metas claras y direccionadas a la ampliación de la cobertura de vacunación del 90% de las niñas, antes de cumplir los 15 años, para el logro del objetivo de control y eliminación propuesto. (OMS, 2020).

La estructuración de programas y acciones de tamizaje para la detección y diagnóstico del cáncer de cuello uterino en estadios tempranos, corresponde a un grupo importante de acciones desarrolladas y recomendadas en la literatura, destacando que el abordaje estructurado y oportuno, representa una clara valoración positiva de atributos de calidad en la atención tales como: la satisfacción del paciente y de sus familiares, la humanización en la atención y respeto por la dignidad humana, al disponer los recursos necesarios para la detección y abordaje oportuno de una de las enfermedades más preocupantes en la actualidad, mejorando necesariamente la calidad de vida y el curso de la enfermedad. (Urrutia, 2010)

Así mismo, el impacto de las acciones de tamizaje y detección temprana sobre la eficiencia como atributo de la calidad se ve representado en la disminución de complicaciones, así como un incremento de la probabilidad de recuperación, supervivencia y expectativa de vida, optimizando necesariamente los costos de la atención, lo cual resulta de gran beneficio dentro del Sistema, dado a que estos recursos se pueden ver representados en inversión de programas con impacto y cobertura de un mayor número de beneficiarios y patologías.

*Categoría Diseño en el modelo de cuidados:* definida como “el conjunto de herramientas y mecanismos que permiten reorganizar la prestación, para ofrecer una asistencia más proactiva, eficaz, eficiente y adaptada a las necesidades de los pacientes, en la prevención o en curso de la enfermedad” (Rojo 2018 p.27).

Con relación a esta categoría, se seleccionaron los siguientes elementos de evaluación: Promoción de modos y condiciones de vida saludable, definición de la conducta frente a los resultados de las pruebas de tamizaje, tratamiento de las lesiones intra cervicales de bajo y alto grado de infiltración y la estructuración de un programa de seguimiento institucional. La importancia de la selección de estos elementos, se correlaciona con la necesidad de estructurar programas en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino más proactivos, con mecanismos de escucha de las pacientes que les permita dirigir las acciones a las necesidades específicas de atención.

La literatura hace especial énfasis en el factor diferenciador que provee el diseño de programas de prevención basados en la promoción de modos y condiciones de vida saludable, enfocados en el mejoramiento de la calidad en la alimentación, adopción de actividad física y el abandono de hábitos nocivos como el consumo de tabaco. Los anteriores son hábitos considerados como los principales factores de riesgo que pueden aumentar las probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino y por ende se convierten en pilares de la intervención desde las instituciones de salud. (Sociedad Americana del Cáncer, 2020 p.3)

En el diseño e implementación de programas encaminados a la toma de decisiones, la literatura es reiterativa en recomendar acciones eficaces de capacitación de los profesionales encargados de la toma de decisiones, de tal manera que agudicen su habilidad para clasificar correctamente a las pacientes con alteraciones en las pruebas de tamizaje, dirigiendo la

conducta terapéutica, acorde con el estado clínico y en pro del mejoramiento de su salud, evocando el cumplimiento de la pertinencia clínica, al clasificar y direccionar correctamente la diferentes acciones terapéuticas.

El programa institucional de tratamiento o derivación al mismo, de aquellas pacientes que así lo requieren, se encuentra en relación directa con la racionalidad técnico científica ampliamente desarrollada y recomendada en la literatura, la cual hace alusión a la aplicación ordenada eficiente, oportuna y adecuada de los conocimientos de la ciencia médica, al manejo de una enfermedad o condición clínica (Rodríguez, 2020). Por tal motivo, se deben estructurar cuidadosamente al interior de los modelos de atención, mecanismos para realizar seguimiento de la clasificación correcta de las pacientes, por parte de los profesionales encargados.

Referente a la estructuración de programas de seguimiento, la literatura amplifica su importancia, basándose en las limitaciones que alcanza el sistema, cuando basa la toma de decisiones clínicas sin el respaldo de programas de seguimiento institucional a las pacientes; la implementación de sistemas de alerta y seguimiento, producen un impacto significativo en el mejoramiento de la continuidad de la atención y optimizan la accesibilidad a los diferentes programas, mediante la identificación temprana de barreras de acceso. (Urrutia, 2010).

*Categoría apoyo para la toma de decisiones clínicas* definida como: “la disponibilidad y uso de los distintos instrumentos, que facilitan la toma de decisiones clínicas de los profesionales sanitarios”. (Rojo, 2018 p.27). Basados en esta definición, se logró la identificación de un elemento de evaluación: la disponibilidad de las guías y protocolos de práctica clínica.

Este elemento de evaluación, se encuentra ampliamente desarrollado en la literatura revisada, y es considerado como el pilar para la estandarización del conocimiento, la cual permite la predicción hasta donde se es posible, de la variabilidad que afecta de manera importante el resultado en las conductas médicas y clínicas (León 2021). Adicionalmente, aporta herramientas de valor en la disminución de la ocurrencia de eventos adversos, mejorando la continuidad y optimizando la racionalidad técnico-científica en el proceso de atención.

*Categoría apoyo al autocuidado:* definida como “el conjunto de intervenciones dirigidas a promover el rol central de los pacientes en sus cuidados” (Rojo, 2018 p.27).

Tomando como referencia la anterior definición, se identificó y seleccionó en la literatura el siguiente elemento de evaluación: Estrategias encaminadas a optimizar la educación de las pacientes en torno a los principales aspectos que contempla la prevención y manejo de esta patología.

La literatura atribuye gran valor en los programas de sensibilización, educación sexual y reproductiva y la conformación institucional de grupos multidisciplinarios de apoyo, destacando el impacto que estas acciones tienen en el incremento de la conciencia, en el fortalecimiento del compromiso con la salud y la prevención de la enfermedad por parte de la población en riesgo, lo cual disminuye los diagnósticos en estadios tardíos que requieren de intervenciones más complejas, con un deterioro importante de la funcionalidad y calidad de vida de las mujeres que no acuden para recibir una atención oportuna.

*Categoría Recursos y políticas comunitarias* definida como: “las políticas comunitarias que ayudan a satisfacer las necesidades de los pacientes, y promueven su acceso a los servicios de salud” (Rojo, 2018 p.28).

Relacionado con esta categoría, se logró la identificación de un elemento de evaluación, destacado y ampliamente desarrollado en la literatura: El desarrollo de estrategias para optimizar el acceso a los servicios de salud.

La identificación y gestión de las principales barreras de acceso, a las cuales se ven enfrentadas muchas de las pacientes que intentan acercarse a los programas y servicios ofertados por las diferente instituciones, constituye una de las bases para lograr optimizar la atención de la salud y mejorar significativamente la accesibilidad y continuidad de la atención, atributos de la calidad que requieren de intervención prioritaria, con el desarrollo de programas de prevención, tamizaje y tratamiento para al cáncer de cuello uterino óptimos, basados en el reconocimiento y la gestión de barreras en la atención.

*Categoría Sistemas de Información Clínica* entendida como: “el estado de los distintos registros y sistemas de información clínicos, que permiten ofrecer una atención más coordinada y efectiva para los pacientes” (Rojo, 2018 p. 27).

En relación con esta categoría, se identificaron dos elementos de evaluación: La historia clínica y el desarrollo de estrategias de captación y registro de la población en riesgo.

Referente a la historia clínica, se destaca la importancia del diligenciamiento completo de los resultados y hallazgos de las pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, presentadas por las pacientes, con el fin reunir los datos precisos y suficientes, que permitan poner en marcha mecanismos de control, análisis y seguimiento de los programas institucionales.

Con relación a esta estrategia, la literatura aporta herramientas tales como: el desarrollo de aplicativos institucionales de alerta, incorporados al formato de la historia clínica, con el fin brindar un apoyo a los profesionales para el direccionamiento y la toma de decisiones, mejorando la clasificación y captación de pacientes al interior del modelo de atención.

## 16. Conclusiones

- A lo largo de la revisión documental, se identificó que la mayor cantidad de artículos seleccionados y revisados, fueron desarrollados en Colombia, seguidos por España, Estados Unidos, Australia, Chile y Canadá; la diversidad en el origen de las fuentes de datos consultadas, muestra cómo la preocupación por comprender y proponer soluciones frente al problema que representa el cáncer de cuello uterino en la actualidad, es de carácter mundial.
- De acuerdo con los años de publicación de las fuentes analizadas, se encontró que la mayor cantidad de artículos seleccionados, fueron publicados entre el año 2014 y el año 2020, mostrando un creciente interés por parte de las diferentes instituciones e investigadores en los últimos siete años, por comprender con mayor profundidad las diferentes implicaciones del cáncer de cuello uterino, como uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad.
- Se logró identificar que, en Colombia, el Modelo atención del cáncer de cuello uterino cuenta con numerosas herramientas y estrategias puestas en marcha, tales como: la vacuna contra el virus del VPH incluida en el Plan Ampliado de Inmunización desde el año 2012, guías de práctica clínica, Rutas Integrales de Atención en Salud específicas para el cáncer de cuello uterino y un Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012 – 2021. Pese a esto, en el país, el cáncer de cuello uterino continúa siendo la segunda causa de enfermedad y muerte por cáncer en mujeres, por lo cual resulta necesario el desarrollo integral de una cultura de

evaluación y mejoramiento continuo, encaminada a lograr una reducción significativa en la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

- La estructura propuesta por el Modelo de gestión de enfermedades crónicas de Edward Wagner es versátil y de fácil adaptación a diferentes patologías, lo cual facilitó el análisis, identificación, estructuración y construcción de la propuesta del instrumento de evaluación para el modelo de atención del cáncer de cuello uterino, dirigido a las diferentes instituciones de salud en Colombia.

- Por último, se logró la identificación de diferentes elementos y criterios específicos para la construcción de la propuesta del instrumento de evaluación, dirigido al Modelo de la atención del Cáncer del cuello uterino en Colombia, dentro de los cuales se encuentran: la cobertura útil de vacunación contra el VPH, la proporción de acciones de tamizaje, el diagnóstico de la enfermedad en estadios tempranos, la oportunidad de inicio de tratamiento, las acciones de promoción de estilos de vida saludable. Así mismo, se identificaron aspectos como: la definición de la conducta de los profesionales frente a los resultados de las pruebas de tamizaje, el tratamiento de lesiones precancerosas, el establecimiento de un programa de seguimiento institucional a pacientes, la disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos de atención, programas de educación, el desarrollo de estrategias para optimizar acceso a servicios de salud e identificación y gestión de barreras de acceso en la atención, las herramientas asociadas a la historia clínica y finalmente, las estrategias de captación y registro de población en riesgo.

## **17. Propuesta de Instrumento de evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino, dirigido a las instituciones de Salud en Colombia.**

### *17.1 Introducción*

El presente Instrumento de evaluación se elaboró a partir de una revisión documental de experiencias, herramientas de gestión y estrategias de abordaje del cáncer de cuello uterino, a través del análisis de fuentes de información, artículos y documentos publicados en diferentes países, incluyendo una revisión del modelo colombiano como punto de partida, para la construcción del presente instrumento de evaluación, logrando así, el diseño de una herramienta útil y de fácil aplicación, la cual está dirigida a todas las Instituciones de Salud en Colombia que brinden atención y cuenten con un programa de prevención, abordaje y manejo del cáncer de cuello uterino.

Esta herramienta de evaluación, se elaboró con el fin de facilitar el proceso de análisis y mejoramiento de los diferentes elementos, que hacen parte de la estructura del programa de prevención y abordaje de cáncer de cuello uterino a nivel institucional; el objetivo busca facilitar una herramienta a las diferentes instituciones, para realizar una revisión práctica de los aspectos propios e indispensables en el modelo de atención de esta enfermedad, estructurado a partir de las 6 categorías propuestas por el Modelo de gestión de cuidado Crónico de Edward Wagner (Wagner *et al.* 2001).

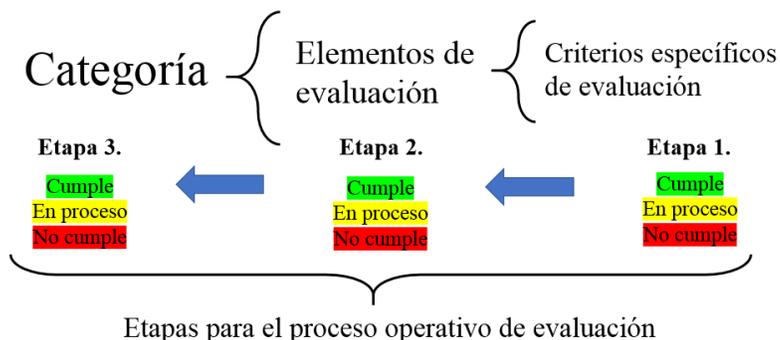
La estructura para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino que ofrece esta herramienta, parte de la identificación de los principales elementos para la evaluación de cada una de las 6 grandes categorías tomadas como punto de referencia en la estructuración del instrumento. Sin embargo, con el fin de facilitar el proceso de identificación de las diferentes acciones a ser revisadas y calificadas por parte de las instituciones, se seleccionaron una serie de criterios específicos relacionados a cada elemento, de manera que fuera más claro el tipo de acciones a evaluar en cada uno de ellos.

En la parte final, la herramienta ofrece las principales recomendaciones dirigidas a las diferentes categorías y elementos del modelo de atención, partiendo de las 4 fases del ciclo de gestión de la calidad PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), dirigidas a la corrección de falencias de estructura y/o ejecución en dichos elementos o categorías una vez evaluados, contribuyendo así , a la optimización en la gestión y toma de decisiones frente al modelo de atención de esta patología a nivel institucional.

### *17.2 Presentación general de los componentes, que constituyen el Instrumento de Evaluación para el Modelo de atención del Cáncer de cuello uterino.*

La presente herramienta para la evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello uterino en las diferentes instituciones de salud en Colombia, consta de 3 grandes componentes interdependientes: Categorías, elementos de evaluación para cada categoría y criterios específicos de evaluación para cada elemento (Figura 13), los cuales son necesarios para la calificación y análisis de las diferentes acciones enmarcadas en la atención institucional de esta patología.

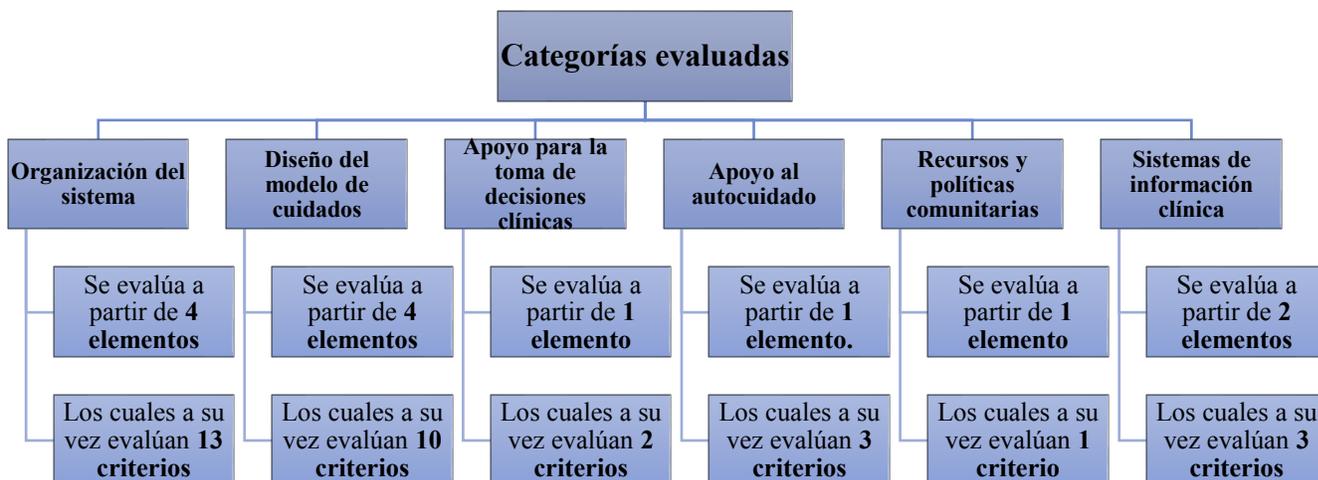
**Figura 13.** Componentes generales del Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.



**Fuente:** *Elaboración propia de las autoras a partir de la revisión documental realizada 2020 - 2021*

A partir de la revisión documental se llevó a cabo la construcción del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, estructurado a partir de las 6 grandes categorías propuestas por el modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner enunciadas a continuación: Organización del sistema, Diseño del modelo de cuidados, Apoyo para la toma de decisiones clínicas, Apoyo al autocuidado, Recursos y políticas comunitarias y Sistemas de información clínica (Wagner *et al*, 2001); para cada una de ellas se identificaron elementos de evaluación y para cada elementos se seleccionaron diferentes criterios específicos de evaluación, cuyo objetivo es el de facilitar la identificación y evaluación de acciones asociadas al modelo de atención del cáncer de cuello uterino, en las diferentes instituciones de salud del país. (Figura 14)

**Figura 14.** *Distribución de los elementos y criterios de evaluación del Modelo de atención del Cáncer de cuello uterino, según las categorías del Modelo de Edward Wagner.*



**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión documental realizada 2020 – 2021*

17.3 Presentación de las generalidades en las opciones de calificación de los criterios, elementos y categorías, enumeradas en el Instrumento de evaluación del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino.

La calificación aplicada a los diferentes criterios específicos, elementos y categorías de evaluación, dispuestos en la presente herramienta de análisis del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino, se realiza tomando en consideración tres opciones de calificación: *Cumple, En proceso y No cumple.*

En la tabla 16 se presentan las generalidades de cada una de las opciones de calificación, así como la ubicación de las condiciones específicas para llevar a cabo el proceso de selección y evaluación final de criterios, elementos y categorías.

**Tabla 16.** *Generalidades de las opciones de calificación de los criterios específicos, elementos y categorías del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.*

OPCIONES DE CALIFICACIÓN			
Definición	Cumple	En proceso	No cumple
	Es la máxima calificación que se puede adjudicar a cada uno de los criterios específicos, elementos y categorías de evaluación, se basa en el cumplimiento de las condiciones específicas dispuestas con claridad en el formato del instrumento de evaluación	Se tomó en consideración un punto medio para llevar a cabo la calificación de los diferentes criterios, elementos y categorías, de tal manera que todas aquellas acciones que no se encuentran en total cumplimiento por parte de la institución, pero que presentan el grado de avance descrito en el formato del instrumento de evaluación	Es la mínima calificación que puede ser adjudicada en el proceso de evaluación de los diferentes criterios específicos, elementos y categorías. Todas aquellas acciones que no cumplen con el mínimo de requisitos, los cuales se encuentran descritos con claridad en el formato propio del instrumento de evaluación. Todos aquellos elementos que no cuenten con el nivel de cumplimiento descrito en la evaluación, serán calificados como “No cumple” y se procede a revisar la tabla de recomendaciones generales.
<b>Ubicación de las condiciones para la calificación en el formato del Instrumento de evaluación.</b>	<b>Etapas:</b> <b>Etapas 1:</b> las condiciones para el cumplimiento se encuentran descritas en la columna F, <b>Etapas 2:</b> las condiciones de cumplimiento se encuentran enumeradas en la columna C <b>Etapas 3:</b> las condiciones de cumplimiento se enumeran en la columna B.	<b>Etapas:</b> <b>Etapas 1:</b> las condiciones para alcanzar esta calificación se encuentran enumeradas en la columna G. <b>Etapas 2:</b> se especifican los criterios en la columna D <b>Etapas 3:</b> las condiciones para considerar que una acción institucional cuenta con la valoración de “criterio en proceso” se enumeran en la columna C.	<b>Etapas:</b> <b>Etapas 1:</b> de evaluación en la columna H del formato presentado para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. <b>Etapas 2:</b> se encuentran enumerados en la columna D <b>Etapas 3:</b> los criterios se encuentran presentados en la columna D.

**Fuente:** *Elaboración propia de las autoras a partir de la revisión documental realizada 2020 – 2021*

#### *17.4 Metodología para la aplicación del Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.*

La calificación final de cada una de las 6 grandes categorías de análisis propuestas por el Modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner (Wagner *et al*, 2001), adaptadas para la evaluación del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino, se lleva a cabo en tres etapas; a continuación, se presentan las generalidades de cada una de las etapas de evaluación (tabla 17) así como ejemplos que ilustran la aplicación del formato propuesto para cada etapa.

**Tabla 17.** *Generalidades de la aplicación por etapas del Instrumento de Evaluación del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino.*

<b>Etapas</b>	<b>Generalidades</b>
<b>Etapa 1</b>	El formato de calificación en esta primera etapa de evaluación comprende la valoración de los <b>criterios específicos</b> de evaluación correspondientes a cada uno de los elementos identificados, bajo las tres opciones de calificación antes descritas (cumple, en proceso y no cumple).
<b>Etapa 2</b>	Corresponde a la calificación de los <b>elementos de evaluación</b> seleccionados a partir de los resultados obtenidos de la calificación de los criterios específicos en la Etapa 1, bajo las tres opciones de calificación antes descritas anteriormente (cumple, en proceso y no cumple).
<b>Etapa 2</b>	En esta última etapa de evaluación se realiza la <b>calificación de cada una de las 6 grandes categorías del modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner</b> , a partir de los resultados obtenidos en la etapa 2, bajo las tres opciones de calificación antes descritas (cumple, en proceso y no cumple).

**Fuente:** *Elaboración propia de las autoras a partir de la revisión documental realizada 2020 – 2021*

#### **Etapa 1 ejemplo** (Tabla 18)

A continuación se ilustra un ejemplo correspondiente al formato de calificación de la Etapa 1 de evaluación: en la columna A, se encuentra enunciada la categoría a la cual pertenece el criterio específico que se está evaluando; en la columna B, se presenta el elemento de evaluación del cual se deriva el criterio a evaluar en esta etapa. En la columna D se presentan

las acciones específicas institucionales que se tienen en cuenta para la evaluación del cumplimiento del criterio. Para el caso del ejemplo, el criterio específico a evaluar es “Cobertura útil de vacunación contra el VPH”, y la acción que se va a tener en cuenta para analizar este criterio es el indicador de calidad institucional que da razón de la “Población femenina atendida de 9 – 18 años, vacunada o direccionada para vacunación según el PAI”.

En la columna E, se presenta con claridad la meta / patrón, que se busca obtener para considerar el criterio con un adecuado grado de cumplimiento; para el caso del ejemplo este patrón es de 90 -95%, de la población femenina atendida de 9 – 18 años, vacunada o direccionada para vacunación según el PAI. (Tabla 18)

En la columna F, se encuentran formulados los indicadores para medir el cumplimiento de meta de cada uno de los criterios específicos de evaluación, de los cuales se elaboró, a manera de ejemplo, una ficha técnica del primer indicador descrito (Anexo 3.), de manera que se logre ilustrar cómo elaborar las fichas técnicas de los indicadores restantes.

**Tabla 18** Ejemplo de formato del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 1.

A	B	C	D	E	F	G	H	I
Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción por evaluar	Patrón/ Meta	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Organización del sistema	Cobertura de vacunación contra el VPH	Cobertura útil de vacunación contra el VPH	Población femenina atendida de 9 – 18 años, vacunada o direccionada para vacunación según el PAI	90 - 95%	# de pacientes mujeres entre 9 - 18 años atendidas vacunadas o derivadas a vacunación en un periodo de tiempo  _____ x100 # total de mujeres 9 - 18 años atendidas en el mismo periodo de tiempo	90% - 95%	60% - 89%	< 60%

**Fuente:** Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 1 de evaluación, elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 - 2021

Posteriormente, se deben comparar los resultados institucionales y las condiciones enumeradas en las columnas G, H e I, con el fin de identificar en cuál de estas opciones se encuentran sus resultados internos y de esta forma, poder calificar el criterio específico presentado (Cumple, en proceso o no cumple).

### **Etapa 2 ejemplo** (tabla 20)

A continuación, se ilustra un ejemplo correspondiente al formato de calificación de la etapa 2 de evaluación. Al igual que en el formato correspondiente a la etapa 1, la columna A enuncia la categoría de evaluación a la cual corresponde el elemento a analizar, en la columna B se encuentra el elemento de evaluación. En las columnas C, D y E se describen las condiciones de cumplimiento, en términos de criterios para lograr la calificación según corresponda (cumple, en proceso, no cumple); en el ejemplo presentado a continuación, el elemento a evaluar es “Cobertura de vacunación contra el VPH”, para el cual se calificaron 4 criterios específicos en la etapa anterior, por ende, este elemento va a ser evaluado a partir del siguiente algoritmo de calificación presentado en la tabla 19.

**Tabla 19** *Algoritmo de calificación del ejemplo propuesto, etapa 2 de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.*

<b>Algoritmo de calificación ejemplo</b>
<b>CUMPLE</b> 4 criterios cumplen = Cumple 3 criterios cumplen + 1 criterio en proceso = Cumple
<b>EN PROCESO</b> 4 criterios en proceso = En proceso 2 criterios en cumple + 2 criterios en proceso = En proceso 3 criterios en proceso + 1 criterio cumplido = En proceso 3 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido = En proceso 3 criterio cumplidos + 1 criterio no cumplido = En proceso 2 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso = En proceso
<b>NO CUMPLE</b> 4 criterios no cumplen = No cumple 2 criterios en proceso + 2 criterios no cumplidos = No cumple 2 criterios cumplidos + 2 criterios no cumplidos = No cumple

Algoritmo de calificación ejemplo
3 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido = No cumple
3 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso = No cumple
1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso = No cumple
2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso = No cumple

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 -2021*

**Tabla 20** *Ejemplo de formato del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 2.*

A	B	C	D	E	F
Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados Etapa 1
<b>Organización del sistema</b>	Cobertura de vacunación contra el VPH	4 criterios cumplidos o 3 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	4 criterios en proceso o 2 criterios en proceso + 2 criterios en proceso o 3 criterios en proceso + 1 criterio cumplido o 3 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o 3 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido o 2 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	4 criterios no cumplidos o 2 criterios en proceso + 2 criterios no cumplidos o 2 criterios cumplidos + 2 criterios no cumplidos o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o 1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso	4 criterios

**Fuente:** *Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 2 de evaluación, elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 -2021*

### Etapa 3 ejemplo (tabla 22)

En la columna A se enuncia la categoría general evaluada, en las columnas B, C y D, se encuentran especificadas las condiciones de cumplimiento tomadas de la Etapa 2 (evaluación

de elementos). En el ejemplo enunciado, la categoría “Organización del sistema” contó con la evaluación de un total de 4 elementos para calificar a la categoría general, por ende, es necesario tener en cuenta el siguiente algoritmo de calificación (tabla 21).

**Tabla 21** Algoritmo de calificación del ejemplo propuesto, etapa 3 de la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino.

Algoritmo de calificación ejemplo
<p><b>CUMPLE</b>                      4 elementos cumplidos = Cumple                      3 elementos cumplidos + 1 elementos en proceso = Cumple</p> <p><b>EN PROCESO</b>                      4 elementos en proceso = En proceso                      2 elementos en cumple + 2 elementos en proceso = En proceso                      3 elementos en proceso + 1 elemento cumplido = En proceso                      3 elementos en proceso + 1 elemento no cumplido = En proceso                      3 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido = En proceso                      2 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido + 1 elemento en proceso = En proceso</p> <p><b>NO CUMPLE</b>                      4 elementos no cumplen = No cumple                      2 elementos en proceso + 2 elementos no cumplidos = No cumple                      2 elementos cumplidos + 2 elementos no cumplidos = No cumple                      3 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido = No cumple                      3 elementos no cumplidos + 1 elemento en proceso = No cumple                      1 elemento no cumplido + 1 elemento cumplido + 2 elementos en proceso = No cumple                      2 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido + 1 elemento en proceso = No cumple</p>

**Fuente:** Elaborado por las autoras, a partir de revisión documental 2020 – 2021

**Tabla 22.** Ejemplo de formato del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 3.

A	B	C	D	E	F
Categoría según modelo de Edward Wagner	Cumple	En proceso	No cumple	Total elementos evaluados Etapa 2	Calificación final de la Categoría
Organización del sistema	4 elementos cumplidos o 3 elementos cumplidos + 1 elemento en proceso	4 elementos en proceso o 2 elementos en cumple + 2 elementos en proceso o	4 elementos no cumplidos o 2 elementos en proceso + 2 elementos no cumplidos o	4 elementos	Cumple  En proceso

A	B	C	D	E	F
Categoría según modelo de Edward Wagner	Cumple	En proceso	No cumple	Total elementos evaluados Etapa 2	Calificación final de la Categoría
		3 elementos en proceso + 1 elemento cumplido o 3 elementos en proceso + 1 elemento no cumplido o 3 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido o 2 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido + 1 elemento en proceso	2 elementos cumplidos + 2 elementos no cumplidos o 3 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido o 3 elementos no cumplidos + 1 elemento en proceso o 1 elemento no cumplido + 1 elemento cumplido + 2 elementos en proceso o 2 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido + 1 elemento en proceso		No cumple

**Fuente:** *Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 3 de evaluación, elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 - 2021*

*17.5 Formato Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, a nivel institucional.*

A continuación, se presenta el formato diseñado para la evaluación del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino para las diferentes instituciones de salud en Colombia, contemplando cada una de las 3 etapas en el proceso operativo de evaluación.

**Tabla 23.** *Formato instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, etapa 1 (evaluación de criterios específicos).*

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Organización del sistema	Cobertura de vacunación contra el VPH	Cobertura útil de vacunación contra el VPH	Población femenina atendida de 9 – 18 años, vacunada o direccionada para vacunación según el PAI	95% de las pacientes mujeres entre 9 - 18 años atendidas vacunadas o derivadas a vacunación contra el VPH.	$\frac{\# \text{ de pacientes mujeres entre 9 - 18 años atendidas vacunadas o derivadas a vacunación en un periodo de tiempo}}{\# \text{ total de mujeres 9 - 18 años atendidas en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$	90% - 95%	60% - 89%	< 60%
			Plataformas de administración multisectorial que sean eficientes y sostenibles	Contar con puntos y estrategias para la realización de jornadas de vacunación en colegios cada semestre	2 jornadas de vacunación anuales	$\frac{\# \text{ jornadas de vacunación institucionales contra el VPH realizadas semestralmente}}{\# \text{ total de jornadas de vacunación contra el VPH, programadas semestralmente}}$	1 jornada de vacunación semestral	Jornadas ocasionales, última hace más de un año	No ha organizado ninguna jornada

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
<b>Etapas 1</b>	<b>Organización del sistema</b>	Cobertura de vacunación contra el VPH	Actividades de comunicación y movilización social (Reconocimiento de barreras de acceso)	Programa de identificación de pacientes entre 9 – 18 años no escolarizadas, desinformadas o con dificultades de acceso a vacunación.	95 - 100% Personal asistencial capacitado en un programa estructurado, implementado y evaluado de identificación y concientización relacionada con la vacunación contra el VPH, anexando soportes de apropiación del conocimiento.	Personal capacitado en identificación, comunicación y concientización de vacunación en las pacientes en un periodo de tiempo  _____ x100  # total del personal objeto a ser capacitado en la institución en este programa en el mismo periodo de tiempo	95 - 100% personal capacitado y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	80%- 94% personal capacitado. Programa estructurado y NO aplicado	< 80% personal capacitado. No cuenta con programa de identificación
			Disponibilidad de vacunas (Aplica para entidades que realizan vacunación)	Programa para solicitar en pai web, vacunas, jeringas e insumos, de acuerdo con la capacidad de almacenamiento y estudio poblacional.	100% personal responsable en el programa de solicitud de insumos y vacunas contra el VPH capacitado, con soportes de apropiación de conocimiento y de asignación de responsabilidades de forma clara. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	Personal capacitado en solicitud, de insumos y vacunas en un periodo de tiempo  _____ x 100 # total del personal objeto a ser capacitado en la institución en este programa en el mismo periodo de tiempo	100% personal capacitado y contar con un programa estructurado, claridad en responsables de solicitud de insumos y vacunas.	80- 99% personal capacitado o contar con un programa de solicitud de insumos y vacunas no estructurado.	< 80% personal capacitado. No cuenta con programa de solicitud de insumos y vacunas.
			Realiza estudio poblacional a nivel institucional	Realizar estudio poblacional institucional anual o máximo cada 2 años	# estudios poblacionales realizados en los últimos 2 años  # estudios poblacionales planeados en los últimos 2 años	1 - 2 Estudios poblacionales llevados a cabo en los últimos 2 años	Realiza estudio poblacional institucional ocasional (último hace más de 2 años)	Nunca ha realizado un estudio poblacional institucional	

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
<b>Etapas 1</b>	<b>Organización del sistema</b>	Proporción de acciones de tamizaje	Cobertura de tamizaje con citología cérvico uterina	Porcentaje de citologías realizadas a mujeres de 25 – 30 años a nivel institucional.	80 % o más de CCU realizadas en mujeres de 25 a 30 años	$\frac{\# \text{CCU realizadas a mujeres de 25 - 30 años en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de pacientes entre 25 - 30 años atendidas en un periodo de tiempo}} \times 100$	80% o más	60% - 79%	< 60%
			Tamizaje con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato	Porcentaje de citologías realizadas a mujeres de 25 – 50 años en condiciones de difícil acceso.	100% de las mujeres entre 25 – 50 años en condiciones de difícil acceso, que tuvieron acceso a acciones de tamizaje con técnicas de inspección visual y tratamiento inmediato.	$\frac{\# \text{CCU técnica de inspección visual y tratamiento inmediato realizadas a mujeres de 25 - 50 años en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de pacientes entre 25 - 30 años atendidas en un periodo de tiempo}} \times 100$	100%	80% - 99%	< 80 %
			Aplicación de prueba molecular de VPH	Porcentaje de citologías y pruebas moleculares de VPH realizadas a mujeres de 30 – 69 años.	80% de CCU y pruebas moleculares de VPH realizadas a mujeres de 30 – 69 años.	$\frac{\# \text{pruebas moleculares de VPH realizadas a mujeres de 30 - 69 años en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de pacientes entre 30 - 69 años atendidas en un periodo de tiempo}} \times 100$	80% o más	60% - 79%	< 60%
		Diagnóstico en estadios tempranos	Proporción de mujeres con detección de citologías NIC I.	Porcentaje anual NIC I en el reporte de citologías realizadas	80 % De las CCU realizadas con hallazgos anormales, presenten lesiones reportadas como NIC I.	$\frac{\# \text{CCU realizadas con hallazgos anormales en NIC I en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de CCU realizadas en un periodo de tiempo}} \times 100$	80% o más	60% - 79%	< 60%

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
<b>Etapas 1</b>	<b>Organización del sistema</b>	Diagnóstico en estadios tempranos	Proporción de mujeres con detección de citologías NIC II y NIC III	Porcentaje anual de CCU con lesiones NIC II y III detectadas.	Menos del 10 % de las CCU realizadas arrojen resultados de lesiones NIC II Y III.	$\frac{\# \text{CCU realizadas con hallazgos anormales en NIC II en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de CCU realizadas en un periodo de tiempo.}} \times 100$	$\leq 10 \%$	11% - 20%	> 20%
			Estructuración desarrollo y evaluación de redes de derivación de casos, que vinculan todos los niveles asistenciales	Programa de derivación a especialista, acompañamiento por psicología y trabajo social en pacientes con diagnósticos confirmados	Del 95 al 100% de las pacientes con diagnóstico de Cáncer de cuello uterino, deben reducir una atención dentro de un programa institucional estructurado, aplicado y evaluado, de derivación a una red integral de manejo.	$\frac{\# \text{pacientes diagnosticadas, derivadas a red de atención multidisciplinaria en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de pacientes diagnosticadas en un periodo de tiempo}} \times 100$	95 - 100% pacientes derivadas a red multi disciplinaria de atención y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	94 - 80% pacientes derivadas a red multi disciplinaria de atención o contar con un programa estructurado, NO aplicado	<80% pacientes derivadas a red multi disciplinaria de atención o no contar con un programa integral de derivación
			Oportunidad y disponibilidad de servicios de anatomía patológica	Porcentaje anual de toma de biopsias	60 % pacientes con indicación de biopsia de cuello uterino tuvieron acceso a la misma.	$\frac{\# \text{Pacientes con indicación a quienes se les realizó biopsia, en un periodo de tiempo}}{\# \text{total de pacientes atendidas con indicación de biopsia en un periodo de tiempo}} \times 100$	60% o más	40% - 59%	< 40%
				Institución cuenta con servicio de anatomía patológica disponible y oportuno	El resultado del análisis de biopsia debe ser generado y entregado en 7 días calendario o menos.	$\frac{\# \text{total de días transcurridos entre la toma de la biopsia y la generación del resultado}}{\# \text{de biopsias tomadas en un periodo de tiempo}}$	(7 días o menos)	(8 - 15 días)	Más de 15 días

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Organización del sistema	Oportunidad de inicio de tratamiento	Oportunidad de inicio de tratamiento una vez confirmado diagnóstico NIC II Y NIC III	Tiempo transcurrido entre diagnóstico confirmado e inicio de tratamiento indicado.	La oportunidad para el inicio de tratamiento de las pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de cuello uterino no debe superar los 30 días calendario.	$\frac{\# \text{ total de días transcurridos entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento}}{\# \text{ de diagnósticos confirmados en un periodo de tiempo}}$	30 días o menos	31 - 45 días	Más de 45 días
			Estrategia de educación y capacitación del personal sanitario responsable.	Programa institucional estructurado, aplicado y evaluado, de educación, capacitación en tamizaje, diagnósticos, evaluación y manejo de mujeres con en riesgo o con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.	El 100% del personal asistencial responsable de la atención del Ca. de cuello uterino, debe estar capacitado referente a las guías de práctica clínica y toma de decisiones clínicas en el marco de un programa institucional estructurado, aplicado y evaluado, de atención pertinente. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	$\frac{\text{Personal asistencial capacitado en guías y protocolos de atención en un periodo de tiempo}}{\# \text{ total del personal asistencial objeto a ser capacitado en guías y protocolos de atención en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$	100% del personal responsable capacitado y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	80 - 99% del personal responsable capacitado o contar con un programa estructurado y NO aplicado	< 80% del personal responsable capacitado p no contar con programa integral de capacitación.
	Diseño del modelo de cuidados	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable	<p>Estrategias dirigidas a promover una alimentación saludable y aumentar prevalencia de actividad física</p> <p>Programas dirigidos a la disminución en la prevalencia de consumo de tabaco</p>	Programa institucional estructurado, implementado y evaluado, relacionado con la promoción de alimentación saludable, incentivos hacia la actividad física y sus beneficios y programas dirigidos a la disminución en el consumo de tabaco	Programa institucional estructurado, aplicado y evaluado, de promoción de estilos de vida saludable en el 80 - 100% mujeres de 9 - 69 años, población objeto de programas de prevención institucional.	$\frac{\# \text{ de pacientes beneficiarias del programa de mejora de hábitos de vida saludable, en un periodo de tiempo}}{\# \text{ total de pacientes mujeres atendidas en un periodo de tiempo}} \times 100$	80 - 100% pacientes beneficiadas y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	79 - 60% pacientes beneficiadas o contar con un programa estructurado y NO aplicado	< 60% pacientes beneficiadas o no contar con un programa integral de promoción de estilos de vida saludable.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Diseño del modelo de cuidados	Definición de conducta ante resultados de las pruebas de tamizaje	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino con una correcta estadificación clínica.	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino con estadificación clínica correcta.	90% o más de mujeres con cáncer de cuello uterino con estadificación clínica correcta.	$\frac{\# \text{ Pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino correctamente estadificadas en un periodo de tiempo}}{\# \text{ Total de pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino en un periodo de tiempo}} \times 100$	90% o más	80% - 89%	< 80%
		Tratamiento de lesiones	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA-IB1 que recibieron algún procedimiento curativo (conización/cirugía)	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 con acceso a procedimiento curativo	90% o más de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA - IB1 con acceso a procedimiento curativo	$\frac{\# \text{ Pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino IA - IB1 que recibieron procedimiento curativo en un periodo de tiempo}}{\# \text{ Total de pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino IA - IB1 en un periodo de tiempo.}} \times 100$	90% o más	60% - 89%	< 60%
			Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró radioterapia	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso a radioterapia	60% o más de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso a radioterapia	$\frac{\# \text{ Pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV con tratamiento de radioterapia instaurado en un periodo de tiempo}}{\# \text{ Total de pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV en un periodo de tiempo}} \times 100$	60% o más	59% - 40%	< 40%

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Diseño del modelo de cuidados	Tratamiento de lesiones	Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró quimioterapia	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso a quimioterapia	70% o más de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso a quimioterapia	$\frac{\# \text{ Pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV con tratamiento de quimioterapia instaurado en un periodo de tiempo}}{\# \text{ Total de pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV en un periodo de tiempo.}} \times 100$	70% o más	50% - 69%	< 50%
			Proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II-IV a quienes se les suministró quimioterapia y radioterapia concomitante con braquiterapia	Porcentaje de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso quimioterapia y radioterapia + braquiterapia.	90% o más de mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios II - IV con acceso quimioterapia y radioterapia + braquiterapia.	$\frac{\# \text{ Pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV con tratamiento de radioterapia y quimioterapia + braquiterapia instaurada en un periodo de tiempo}}{\# \text{ Total de pacientes diagnosticadas con Ca de cuello uterino II - IV en un periodo de tiempo}} \times 100$	90% o más	60% - 89%	< 60%
		Programa de seguimiento	Diseño, implementación y evaluación de estrategias de seguimiento a pacientes con hallazgos anormales en CCU	Programa y estrategia institucional estructurada, implementada y evaluada, de seguimiento a pacientes con hallazgos anormales en CCU.	Del 95 - 100% de las pacientes con registro de hallazgos anormales en CCU, deben ser incluidas en un programa instruccional estructurado, implementado y evaluado, de seguimiento.	$\frac{\# \text{ de pacientes con hallazgos anormales en CCU a quienes se les realizó actividad de seguimiento}}{\# \text{ total de pacientes con hallazgos anormales en CCU.}} \times 100$	98 - 100% de pacientes con hallazgos anormales en CCU a quienes se les realizó actividad de seguimiento y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado.	80 - 97% de pacientes con hallazgos anormales en CCU a quienes se les realizó actividad de seguimiento o contar con un programa estructurado y NO aplicado	<80% de pacientes con hallazgos anormales en CCU a quienes se les realizó actividad de seguimiento o no contar con programa de seguimiento.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Diseño del modelo de cuidados	Programa de seguimiento	Actividades de seguimiento semestral a pacientes con hallazgo de NIC I	Cronograma semestral de seguimiento a pacientes con hallazgos de lesiones de bajo grado en CCU.	Del 98 - 100% de las pacientes con registro de hallazgos anormales en CCU NIC I, deben ser incluidas en un programa institucional estructurado, implementado y evaluado, de seguimiento.	$\frac{\# \text{ de pacientes con hallazgos NIC I a quienes se les realizaron prácticas de seguimiento}}{\# \text{ total de pacientes con hallazgos NIC I}} \times 100$	98 - 100% pacientes con hallazgos NIC I a quienes se les realizaron prácticas de seguimiento y programa estructurado, aplicado y evaluado institucional	80 - 97% pacientes con hallazgos NIC I a quienes se les realizaron prácticas de seguimiento o contar con un programa estructurado y NO aplicado	< 80% pacientes con hallazgos NIC I a quienes se les realizaron prácticas de seguimiento o no contar con programa de seguimiento
			Proporción de actividades de seguimiento a pacientes que inician tratamiento de lesiones invasivas	Programa estructurado, implementado y evaluado, con claridad en los responsables del seguimiento integral de las pacientes que inician cualquiera de las opciones terapéuticas indicadas, según su condición clínica particular.	El 100% de las pacientes diagnosticadas que inician tratamiento, deben ser incluidas en el programa estructurado, implementado y evaluado, de seguimiento integral.	$\frac{\# \text{ de pacientes diagnosticadas con tratamiento instaurado a quienes se les realizó seguimiento}}{\# \text{ total de pacientes diagnosticadas con tratamiento instaurado en un periodo de tiempo}} \times 100$	100% de pacientes diagnosticadas con tratamiento instaurado y programa estructurado, aplicado y evaluado.	80 - 99% de pacientes diagnosticadas con tratamiento instaurado o contar con un programa estructurado y NO aplicado	< 80% de pacientes diagnosticadas con tratamiento instaurado o No contar con programa de seguimiento

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
	Apoyo para la toma de decisiones clínicas	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos	Disponibilidad de GPC de tamizaje y detección temprana de lesiones precancerosas	Disponibilidad de una guía de práctica clínica o protocolo de atención, del tamizaje y detección temprana de lesiones precancerosas actualizada en los últimos 5 años.	Cuenta con una guía de práctica clínica de tamizaje y detección temprana de lesiones precancerosas y el 95 - 100% de las guías deben estar actualizada en los últimos 5 años.	$\frac{\text{Guías de práctica clínica disponibles y actualizadas en los últimos 5 años}}{\text{Total de guías de práctica clínica disponibles en la institución}} \times 100$	95 - 100% Guías de práctica clínica disponibles y actualizada en los últimos 5 años.	80 - 94% Guías de práctica clínica disponibles, pero actualizada hace más de 5 años	No cuenta con GPC
	Apoyo para la toma de decisiones clínicas	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos	Disponibilidad de GPC de manejo de lesiones invasivas	Disponibilidad de una guía de práctica clínica o protocolo de atención y manejo de lesiones invasivas actualizada en los últimos 5 años.	Cuenta con una guía de práctica clínica de tamizaje y detección temprana de lesiones precancerosas y el 95 - 100% de las guías deben estar actualizada en los últimos 5 años.	$\frac{\text{Guías de práctica clínica disponibles actualizadas en los últimos 5 años}}{\text{Total de guías de práctica clínica disponibles en la institución}} \times 100$	95 - 100% GPC disponibles y actualizada en los últimos 5 años.	80 - 94% GPC disponibles pero actualizada hace más de 5 años	No cuenta con GPC
Etapa 1			Iniciativas de sensibilización de los pacientes	Programa de sensibilización del paciente, sobre la importancia de la vacunación, tamizaje y detección oportuna del cáncer de cuello uterino	Del 98 - 100% del personal asistencial debe estar capacitado en el programa de sensibilización dirigido a los pacientes, a través de diferentes medios de difusión, estructurado, implementado y evaluado. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	$\frac{\text{Personal capacitado en sensibilización de pacientes en un periodo de tiempo}}{\# \text{ total del personal objeto a ser capacitado en la institución en este programa en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$	98 - 100% personal capacitado en sensibilización y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	80 - 97% personal capacitado en sensibilización o contar con un programa estructurado, pero NO aplicado	< 80% personal capacitado o No cuenta con programa de sensibilización

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
	Apoyo al autocuidado	Estrategias de educación del paciente	Estrategias de educación en salud sexual y reproductiva	Estrategia institucional acompañada de un cronograma de actividades de educación sexual y reproductiva, dirigida a diferentes grupos de edad de mujeres entre los 9 - 69 años.	Del 98 - 100% del personal asistencial debe estar capacitado en el programa de comunicación de estrategias de educación sexual y reproductiva estructurado, implementado y evaluado. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	Personal asistencial capacitado en estrategias de salud sexual y reproductiva en un periodo de tiempo $\frac{\text{# total del personal objeto a ser capacitado en la institución en este programa en el mismo periodo de tiempo}}{\text{# total del personal objeto a ser capacitado en la institución en este programa en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$	97 - 100% personal capacitado y contar con un programa estructurado, aplicado y evaluado	60 - 96% del personal capacitado o contar con un programa estructurado y NO aplicado.	< 60% del personal capacitado o No cuenta con programa de salud sexual y reproductiva
	Apoyo al autocuidado	Estrategias de educación del paciente	Conformación y participación de grupo multidisciplinario	Conformación de un grupo multidisciplinario a disposición de las pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino conformado por: Médico general (profesional de la salud de entrada al programa), médico especialista, apoyo de enfermería, psicología, trabajo social.	Del 95 - 100% de las pacientes diagnosticadas deben ser atendidas por un multidisciplinario a disposición conformado por: Médico general (profesional de la salud de entrada al programa), médico especialista, apoyo de enfermería, psicología, trabajo social.	# pacientes diagnosticadas, atendidas por grupo completo multidisciplinario en un periodo de tiempo $\frac{\text{# total de pacientes diagnosticadas en un periodo de tiempo}}{\text{# total de pacientes diagnosticadas en un periodo de tiempo}} \times 100$	95 - 100% pacientes diagnosticadas, atendidas por grupo multi - disciplinario. Contar con grupo multi - disciplinario completo a disposición de las pacientes.	80 - 94% pacientes diagnosticadas, atendidas por grupo multi - disciplinario o contar con un grupo multi disciplinario incompleto.	< 80% pacientes diagnosticadas atendidas por grupo multi - disciplinario o No contar con un grupo multi disciplinario de atención.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapas de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
Etapa 1	Recursos y políticas comunitarias	Estrategias para optimizar acceso a servicios de salud, estudio de barreras.	Programa de detección de barreras de acceso	Estrategia de detección institucional de las principales barreras de acceso de las pacientes, estructurada, implementada y evaluada.	Del 80 - 100% del personal asistencial capacitado en estrategia de identificación de las principales barreras de acceso de las pacientes, estructurada, implementada y evaluada. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	Personal capacitado en identificación de barreras de acceso de las pacientes en un periodo de tiempo $\frac{\text{Personal capacitado}}{\# \text{ total del personal objeto a ser capacitado}} \times 100$ en un periodo de tiempo	80 - 100% personal capacitado y contar con estrategia, estructurada, implementada y evaluada	60 - 79% personal capacitado o contar con estrategia, estructurada, NO implementada	< 60% personal capacitado o No contar con estrategia de detección periódica de barreras de acceso.
	Alertas incorporadas a historia clínica.	Cuenta con un sistema de información institucional con implementación de alertas en las historias clínicas de mujeres entre 9 - 69 años, en donde los profesionales durante la consulta, pueda realizar el direccionamiento a programas de vacunación o	Del 85 al 100% de las historias clínicas cuentan con registros a partir del sistema de alerta, lo cual permitan a los profesionales, hacer direccionamiento o indagación de la vacunación contra el VPH de mujeres de 9 - 18 años y la realización de CCU de mujeres atendidas entre 25 -69 años.	# Historias clínicas con registros de direccionamiento y recomendaciones a partir de las alertas generadas, en un periodo de tiempo $\frac{\text{Historias con alertas}}{\# \text{ total de historias clínicas}} \times 100$	85 - 100% Registros clínicos a partir de alertas incorporadas. Cuenta con sistema de alerta evaluado en la Historia clínica electrónica.	84 - 60% Registros clínicos a partir de alertas incorporadas o contar con sistemas de alertas NO evaluado	<60% Registros clínicos a partir de alertas incorporadas. o No cuenta con sistema de alertas en historia clínica electrónica.		

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Etapa de evaluación	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Elemento de evaluación	Criterio de evaluación	Acción para evaluar	Meta / Patrón	Indicadores de cumplimiento de meta	Cumple	En proceso	No cumple
				tamizaje de cáncer de cuello uterino.					
<b>Etapa 1</b>	<b>Sistemas de Información clínica</b>	Estrategias de captación y registro de población en riesgo	Estrategias extramurales de identificación y captación de población en riesgo	Estrategias institucional estructurada, implementada y evaluada, de captación de población en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino.	Del 80 - 100% del personal asistencial debe estar capacitado en las herramientas y estrategias para la captación e identificación de la población en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino a nivel institucional y extramural. Anexo de soportes de apropiación de conocimiento.	Personal capacitado en identificación y captación de población en riesgo en un periodo de tiempo $\frac{\text{Personal capacitado}}{\# \text{ total del personal objeto a capacitado en este programa en un periodo de tiempo}} \times 100$	80 - 100% personal capacitado y estrategia, estructurada, implementada y evaluada	79 - 60% personal capacitado o contar con estrategia, estructurada, NO implementada	<60% personal capacitado o No cuenta con estrategia de identificación y captación de población en riesgo

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura 2020 -2021*

A continuación, se presenta el formato de evaluación correspondiente a la etapa 2 de caracterización de los elementos de evaluación identificados, tomando como referencia los resultados de la calificación obtenidos en la etapa 1.

**Tabla 24.** *Formato Instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino Etapa 2 de caracterización de los elementos de evaluación.*

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
<b>Etapa 2</b>	<b>Organización del sistema</b>	Cobertura de vacunación contra el VPH	4 criterios cumplidos o 3 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	4 criterios en proceso o 2 criterios en proceso + 2 criterios en proceso o 3 criterios en proceso + 1 criterio cumplido o 3 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o 3 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido o 2 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	4 criterios no cumplidos o 2 criterios en proceso + 2 criterios no cumplidos o 2 criterios cumplidos + 2 criterios no cumplidos o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o	Calificación sobre 4 criterios o 3 criterios en caso de que la institución NO tengan programas propios de vacunación no se toma en cuenta el criterio de “disponibilidad de vacunas”

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
	Organización del sistema	Cobertura de vacunación contra el VPH			1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso o  2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso	
			3 criterios cumplidos o 2 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	3 criterios en proceso o 2 criterios cumplidos + 1 criterio NO cumplido o 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso.	3 criterios NO cumplidos o  2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o  2 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o  2 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o  1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
Etapa 2	Organización del sistema	Proporción de acciones de tamizaje	3 criterios cumplidos o 2 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	3 criterios en proceso o 2 criterios cumplidos + 1 criterio NO cumplido o 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso.	3 criterios NO cumplidos o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 2 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o 1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	3 criterios
		Diagnóstico en estadios tempranos	4 criterios cumplidos o 3 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	4 criterios en proceso o 2 criterios en cumple + 2 criterios en proceso o 3 criterios en proceso + 1 criterio cumplido o 3 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o	4 criterios no cumplidos o 2 criterios en proceso + 2 criterios no cumplidos o 2 criterios cumplidos + 2 criterios no cumplidos o	4 criterios

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
				3 criterio cumplidos + 1 criterio no cumplido o  2 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	3 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o  3 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o  1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso o  2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso	
		Oportunidad de inicio de tratamiento	2 criterios cumplidos o	2 criterios en proceso o  1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso	2 criterios no cumplidos o  1 criterios no cumplido + 1 criterio cumplido o  1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	2 criterios

Diseño de un Instrumento para la evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

Peinado. V – Riveros. O

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
Etapa 2	Diseño del modelo de cuidados	Promoción de los modos, condiciones y estilos de vida saludable	2 criterios cumplidos o	2 criterios en proceso o 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	2 criterios no cumplidos o 1 criterios no cumplido + 1 criterio cumplido o 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	2 criterios
		Definición de conducta ante resultados de las pruebas de tamizaje	1 criterio cumplido	1 criterio en proceso	1 criterios no cumplido	1 criterio

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
	<b>Diseño del modelo de cuidados</b>	Tratamiento de lesiones	4 criterios cumplidos o 3 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	4 criterios en proceso o 2 criterios en proceso + 2 criterios en proceso o 3 criterios en proceso + 1 criterio cumplido o 3 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o 3 criterio cumplidos + 1 criterio no cumplido o 2 criterios cumplidos + 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	4 criterios no cumplidos o 2 criterios en proceso + 2 criterios no cumplidos o 2 criterios cumplidos + 2 criterios no cumplidos o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 3 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o 1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso	4 criterios

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
Etapa 2		Programa de seguimiento	3 criterios cumplidos o 2 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	3 criterios en proceso o 2 criterios cumplidos + 1 criterio NO cumplido o 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso.	3 criterios NO cumplidos o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 2 criterios en proceso + 1 criterio no cumplido o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o 1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	3 criterios
	<b>Apoyo para la toma de decisiones clínicas</b>	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos	2 criterios cumplidos o	2 criterios en proceso o 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	2 criterios no cumplidos o 1 criterios no cumplido + 1 criterio cumplido o 1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	2 criterios

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
	<b>Apoyo al autocuidado</b>	Estrategias de educación del paciente	3 criterios cumplidos o 2 criterios cumplidos + 1 criterio en proceso	3 criterios en proceso o 2 criterios cumplidos + 1 criterio NO cumplido o 1 criterio cumplido + 2 criterios en proceso.	3 criterios NO cumplidos o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio cumplido o 2 criterios en proceso +1 criterio no cumplido o 2 criterios no cumplidos + 1 criterio en proceso o 1 criterio no cumplido + 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	3 criterios
	<b>Recursos y políticas comunitarias</b>	Estrategias para optimizar acceso a servicios de salud, estudio de barreras	1 criterio cumplido	1 criterio en proceso	1 criterios NO cumplido	1 criterio
<b>Etapa 2</b>	<b>Sistemas de información clínica</b>	Interoperabilidad de Historia Clínica	2 criterios cumplidos o	2 criterios en proceso o 1 criterio cumplido + 1 criterio en proceso.	2 criterios no cumplidos o 1 criterios no cumplido + 1 criterio cumplido o	2 criterios

Diseño de un Instrumento para la evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

Peinado. V – Riveros. O

Etapa de caracterización	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Edward Wagner	Elemento de evaluación	Cumple	En proceso	No cumple	Total criterios evaluados
	Sistemas de información clínica	Interoperabilidad de Historia Clínica			1 criterio no cumplido + 1 criterio en proceso	
		Estrategias de captación y registro de población en riesgo	1 criterio cumplido	1 criterio en proceso	1 criterio NO cumplido	1 criterio

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura 2020 -2021*

A continuación, se presenta el formato de evaluación correspondiente a la etapa 3 de calificación de los elementos de evaluación identificados, tomando como referencia los resultados de la calificación obtenidos en la etapa 2.

**Tabla 25.** *Formato instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino etapa 3 de evaluación final de las categorías propuestas en el Modelos de cuidado crónico de Ed. Wagner.*

Etapa de evaluación	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Cumple	En proceso	No cumple	Total elementos evaluados	Calificación final de la Categoría
Etapa 3	Organización del sistema	4 elementos cumplidos o 3 elementos cumplidos + 1 elemento en proceso	4 elementos en proceso o 2 elementos en cumple + 2 elementos en proceso o	4 elementos no cumplidos o 2 elementos en proceso + 2 elementos no cumplidos o	4 elementos	Cumple
			3 elementos en proceso + 1 elemento cumplido o	2 elementos cumplidos + 2 elementos no cumplidos o		En proceso
			3 elementos en proceso + 1 elemento no cumplido o 3 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido o 2 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido + 1 elemento en proceso	3 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido o 3 elementos no cumplidos + 1 elemento en proceso o 1 elemento no cumplido + 1 elemento cumplido + 2 elementos en proceso o		No cumple

Diseño de un Instrumento para la evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

Peinado. V – Riveros. O

Etapa de evaluación	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Cumple	En proceso	No cumple	Total elementos evaluados	Calificación final de la Categoría
Diseño del modelo de cuidados				2 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido + 1 elemento en proceso		
				4 elementos no cumplidos o 2 elementos en proceso + 2 elementos no cumplidos o	4 elementos	Cumple
				2 elementos cumplidos + 2 elementos no cumplidos o 3 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido o 3 elementos no cumplidos + 1 elemento en proceso o 1 elemento no cumplido + 1 elemento cumplido + 2 elementos en proceso o 2 elementos no cumplidos + 1 elemento cumplido + 1 elemento en proceso		En proceso
			4 elementos en proceso o 2 elementos en cumple + 2 elementos en proceso o 3 elementos en proceso + 1 elemento cumplido o 3 elementos en proceso + 1 elemento no cumplido o 3 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido o 2 elementos cumplidos + 1 elemento no cumplido + 1 elemento en proceso	No cumple		

Diseño de un Instrumento para la evaluación del Modelo de Atención del Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner.

Peinado. V – Riveros. O

Etapa de evaluación	A	B	C	D	E	F
	Categoría según modelo de Ed. Wagner	Cumple	En proceso	No cumple	Total elementos evaluados	Calificación final de la Categoría
<b>Etapa 3</b>	<b>Apoyo para la toma de decisiones clínicas</b>	1 elemento cumplido	1 elemento en proceso	1 elemento NO cumplido	1 elemento	Cumple
						En proceso
						No cumple
	<b>Apoyo al autocuidado</b>	1 elemento cumplido	1 elementos en proceso	1 elemento NO cumplido	1 elemento	Cumple
						En proceso
						No cumple
	<b>Recursos y políticas comunitarias</b>	1 elemento cumplido	1 elementos en proceso	1 elemento NO cumplido	1 elemento	Cumple
						En proceso
						No cumple
	<b>Sistemas de información clínica</b>	2 elementos cumplidos o	2 elementos en proceso o 1 elemento cumplido + 1 elemento en proceso.	2 elementos no cumplidos o 1 elemento no cumplido + 1 elemento cumplido o 1 elemento no cumplido + 1 elemento en proceso	2 elementos	Cumple
						En proceso
						No cumple

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión de literatura 2020 -2021*

*17.6 Recomendaciones para contribuir al mejoramiento del modelo de atención del cáncer de cuello uterino a nivel institucional.*

A continuación se presenta la recopilación de las principales recomendaciones, identificadas a lo largo de la revisión de literatura y organizadas a partir de las 4 fases del ciclo de gestión de la calidad PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), para cada uno de los elementos de evaluación analizados y cada una de las categorías presentadas, dirigida principalmente hacia aquellas categorías calificadas como “no cumple” y en segunda medida, para aquellas con calificación final “en proceso” las cuales requieren del diseño de estrategias y planes de mejora que permitan optimizar los resultados obtenidos. (Tabla 26)

**Tabla 26.** *Recomendaciones generales para la optimización de elementos y categorías evaluadas con falencias dentro del análisis de modelo de atención del cáncer de cuello uterino, a partir de las fases del ciclo de gestión PHVA.*

ETAPA	ENTRADAS	PROVEEDORES
PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de auditorias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comités institucionales (interno)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes de visitas de entes de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entes de control (externo)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas institucionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos Institucionales de: direccionamiento estratégico, gestión de proyectos, gestión de recursos, gestión de la calidad y el mejoramiento continuo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de contratación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestión contractual</li> </ul>
HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados indicadores de niveles de servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos Institucionales: operacionales, gestión de la información, gestión del conocimiento, gestión de la calidad y el mejoramiento continuo.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de espera atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentación institucional</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo de consulta</li> </ul>	
VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de los procesos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos Institucionales de: gestión de la información y gestión de la calidad y mejoramiento continuo</li> </ul>

ETAPA	ENTRADAS		PROVEEDORES
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe de registros médicos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentación institucional</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento de objetivos de los procesos misionales</li> </ul>		
<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados de evaluaciones de los procesos misionales de la organización</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos Institucionales de: direccionamiento estratégico, operacionales, gestión de la información, gestión del conocimiento, gestión de la calidad y el mejoramiento continuo.</li> </ul>
Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
<b>Organización del sistema</b>	<b>Vacunación</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Programación y organización de jornadas de vacunación semestrales en colegios e instituciones educativas, con el fin de ampliar la cobertura de vacunación en niñas de 9 - 18 años, en el país. (INS, 2019).</li> <li>•Estructurar programa de identificación institucional de pacientes de 9 - 18 años, con el fin de realizar programa de seguimiento e información acerca de los beneficios, la seguridad en la vacunación y los puntos de vacunación disponibles. . (INS, 2019).</li> <li>•Diseño de una encuesta que permita determinar la percepción y barreras de acceso institucional de las pacientes, al momento de acceder a los servicios de salud relacionados con el programa de prevención, detección temprana y tratamiento del Cáncer de cuello uterino. (D. Szucs et al, 2008)</li> </ul>
		<b>HACER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Exploración de nuevas ideas y oportunidades, en una actitud de apertura institucional a la consideración de nuevos medicamentos, vacunas, medios de diagnóstico y modalidades de tratamiento. (OMS, 2020 p.6)</li> <li>•Incentivar la vacunación en mujeres de 9 - 18 años atendidas dentro de la institución, capacitando a los profesionales para entregar una información completa y veraz, que contribuya a la amplificación del acceso a la vacunación en esta población, para la cual la vacuna contra el VPH, es gratuita, y se encuentra incluida dentro del PAI. (INS, 2019).</li> <li>•Para aquellas instituciones que a su vez son puntos de vacunación, deben tener un programa estructurado, con responsables claros, encargados del llevar a cabo un estudio poblacional, dirigido a la solicitud de insumos y vacunas necesarias para asegurar una cobertura suficiente, acorde al PAI nacional. (D. Szucs et al, 2008)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Organización del sistema	Vacunación	VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisar hallazgos en auditorías internas del proceso de vacunación institucional, para conocer el punto de partida del programa institucional. (D. Szucs et al, 2008)</li> <li>•Verificación y análisis de indicadores de cobertura de vacunación contra el VPH a nivel institucional e indicadores de capacitación e implementación de programas de comunicación e información efectiva a las pacientes, sobre los beneficios y la importancia de vacunarse. (D. Szucs et al, 2008)</li> <li>•Evaluar estrategias de apropiación de la información en el personal y las pacientes, sobre la importancia de la vacunación sobre el VPH, y la seguridad que involucra el proceso. (Rivas L. 2011)</li> </ul>
		ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar un análisis y estudio como estrategia propositiva por parte de la institución, que posibilite la consideración Nacional de implementar la vacuna contra el VPH Nonavalente, la cual protege contra 5 cepas adicionales reduciendo el número de dosis de 3 a 2, lo cual puede representar una mejor cobertura en la población femenina del país. (Australian Institute of Health and Welfare, 2019).</li> <li>•Incurcionar en el campo de la investigación, para la inclusión de vacunas en la población masculina, medida que ha logrado demostrado una posible disminución de la transmisión del virus a mujeres, en países como Australia, Suiza y Estados Unidos. (Mayo Clinic, 2020)</li> </ul> <p>"niños deberán recibir dos dosis de la vacuna contra el VPH entre los 9 y los 12 años" (American Cancer Society, 2020)</p>
	Tamizaje	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•En la experiencia Costa Ricense, como un modelo de tamizaje de un país en vía de desarrollo, se destacan 12 puntos a tener en cuenta al momento de desarrollar un programa institucional de tamizaje "(Rivas L. 2011 p.2) de los cuales 7 corresponden a la fase de planear</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coordinación central</li> <li>2. Planeación del sistema de información</li> <li>3. Aseguramiento de la calidad en cada uno de los aspectos del programa</li> <li>4. Uniformidad en las actividades y procedimientos</li> <li>5. Definición de la población blanco</li> <li>6. Definición y adherencia a los intervalos de tamizaje</li> <li>7. Alta cobertura de la población seleccionada</li> </ol>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•“Campañas masivas de «detectar y tratar» el cáncer del cuello uterino y servicios quirúrgicos móviles” (OMS, 2020 p.6)</li> <li>•“Integrar los servicios de detección y tratamiento en el conjunto de medidas de atención primaria”. (OMS,2020 p.21)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Organización del sistema	Tamizaje	VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•En la experiencia Costa Ricense, como un modelo de tamizaje de un país en vía de desarrollo, se destacan 12 puntos a tener en cuenta al momento de desarrollar un programa institucional de tamizaje "(Rivas L. 2011 p.2 de los cuales 2 corresponden a la fase de verificar</li> <li>8. Adecuado seguimiento de las anomalías detectadas por medio de análisis de indicadores</li> <li>9. Evaluación del proceso implementado</li> </ul>
		ACTUAR	<p>En la experiencia Costa Ricense, como un modelo de tamizaje de un país en vía de desarrollo, se destacan 12 puntos para tener en cuenta al momento de desarrollar un programa institucional de tamizaje "(Rivas L. 2011 p.2 de los cuales 3 corresponden a la fase de actuar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Tratamiento oportuno de las lesiones detectadas</li> <li>11. Consideración de las otras necesidades de salud de las mujeres de la región</li> <li>12. Estrategias de comunicación y educación</li> </ul>
	Diagnóstico	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Estructurar e integrar los diferentes procesos institucionales, en la financiación, estrategia, operación y evaluación, relacionados con la aplicación de un programa institucional de tamizaje de Ca. Cuello uterino. (Ravikumar et al. 2018)</li> <li>•Estructurar jornadas extramurales (instituciones que presten este servicio de salud) que incluya pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, en zonas geográficamente apartadas, capacitar adecuadamente al personal para la realización de técnica " ver - tratar". (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> </ul>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Incentivar la toma de citología CCU en mujeres de 25 - 69 años, que acuden a la Institución, creando un registro de esta población con el fin de diseñar una base de datos que facilite las acciones de seguimiento. (Australian Institute of Health and Welfare, 2019)</li> <li>•Llevar a cabo jornadas extramurales (instituciones que presten este servicio de salud) que incluya pruebas de tamizaje de cáncer de cuello uterino, en zonas geográficamente apartadas, capacitar adecuadamente al personal para la realización de técnica " ver - tratar". (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> <li>•Promover la transición del tamizaje por medio de citología cérvico uterino a pruebas de detección de VPH. (Australian Institute of Health and Welfare, 2019).</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Instaurar estrategias de acompañamiento por parte del nivel estratégico institucional a las actividades internas de autocontrol, llevadas a cabo por medio de auditorías internas periódicas, dirigidas al mejoramiento continuo, nunca con carácter punitivo. (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
<b>Organización del sistema</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•“Amplificar el uso de la prueba de detección del VPH, la cual ofrece la máxima especificidad y tiene un sólido valor de predicción negativa, lo que significa que la mujer que da resultado negativo no necesita ser examinada de nuevo en un mínimo de cinco años” (OMS, 2020 p.21) ( Canfell K. 2018)</li> <li>•“Introducción de pruebas de detección del VPH, como prueba de salida, del programa, en mujeres de 70 - 74 años”. (Hal, 2019 p2)</li> <li>•“Centros de patología regionales que utilicen plataformas de tele patología asequibles”. (OMS, 2020 p.23)</li> </ul>
	<b>Oportunidad de tratamiento</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Se recomienda realizar una actividad que permita analizar el contexto estratégico y operacional de la organización referente al modelo de atención (Rivas, 2011)</li> <li>•Verificar las contrataciones actuales de la institución en el contexto del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Rivas, 2011)</li> </ul>
		<b>HACER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Publicar y socializar planes y programas de atención de forma clara y práctica a los colaboradores institucionales (T. H. Fontham et al 2020)</li> <li>•Llevar a cabo desde el nivel estratégico institucional la gestión de los indicadores de gestión relacionados con la oportunidad del inicio del tratamiento de las pacientes diagnosticadas, debido al impacto que este indicador tiene en la supervivencia de estas pacientes y su calidad de vida. (OMS, 2020)</li> </ul>
		<b>VERIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evaluar Institucionalmente la disponibilidad de talento humano y tecnologías o direccionamiento para acceso a las mismas prestadas por terceros, de tal manera que se logre demostrar la solidez en la oportunidad de tratamiento y se logre hacer un seguimiento del mismo en el tiempo .(Rivas, 2011)</li> </ul>
		<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisar, integrar y fortalecer redes de servicio asociadas al direccionamiento de las pacientes, con hallazgos anormales en las pruebas de tamizaje registradas. (Urrutia, 2010).</li> </ul>
<b>Diseño del modelo de cuidados</b>	<b>Promoción de estilos de vida saludable</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Programación de actividades mensuales, con el acompañamiento de expertos en temas de nutrición, actividad física, gastronomía responsable, direccionado a pacientes, con el fin de evitar prohibiciones en hábitos de vida poco saludables, y reemplazarlos por alternativas y soluciones prácticas, las cuales sea mucho más fácil de implementarlas día a día, lo cual logre una mejora progresiva en el estilo de vida. (Divya et al 2018)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Diseño del modelo de cuidados	Promoción de estilos de vida saludable	HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Incluir en las actividades de participación, organizadas con los pacientes, testimonios de mujeres sobrevivientes del cáncer, familiares de pacientes que no lograron sobrevivir al cáncer de cuello uterino, testimonios que ayuden a contextualizar y traer a la realidad las consecuencias que pueden traer mala alimentación, sedentarismo y tabaquismo. (Páez Gómez, H. 2017)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Desarrollo de actividades periódicas de seguimiento de la eficacia de los planes y proyectos implementados encaminados a involucrar de manera activa a las pacientes y a sus familiares en los procesos de atención y cuidado de la salud. (Páez Gómez, H. 2017)</li> </ul>
		ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Implementar mediante aplicativos móviles, didácticos la valoración de diferentes hábitos de vida y acorde al resultado de aspectos tales como índice de masa corporal, consumo de agua al día, porciones de frutas, verduras y proteína, necesidades de actividad física diaria, como se relaciona en el link adjunto, el cual es un modelo de aplicativo desarrollado por el Gobierno Australiano <a href="https://lifestylerisk.canceraustralia.gov.au/#/">https://lifestylerisk.canceraustralia.gov.au/#/</a> (Australian Institute of Health and Welfare, 2019)</li> </ul>
	Definición de Conducta	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Diseñar cronograma de actividades para planes y proyectos de capacitación al personal asistencial encargado. (T. H. Fonham et al 2020)</li> </ul>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La toma de decisiones evaluadas en retrospectiva, con el fin de determinar pertinencia de direccionamiento, o indicación de tratamiento según las guías y protocolos adoptadas por la institución, en constante retroalimentación, y capacitación periódica a los profesionales encargados del abordaje y manejo de estas pacientes. (Nozar et al 2016)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Instaurar estrategias de acompañamiento por parte del nivel estratégico institucional a las actividades internas de autocontrol, llevadas a cabo por medio de auditorías internas periódicas, dirigidas al mejoramiento continuo, nunca con carácter punitivo. (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> <li>•Analizar los resultados de los indicadores de la atención relacionados con la pertinencia en la definición de conductas clínicas, socializar dichos resultados, para diseñar planes de mejora. (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
<b>Diseño del modelo de cuidados</b>	<b>Definición de Conducta</b>	<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Desarrollar planes de mejora acorde a los resultados obtenidos de los indicadores de pertinencia. (Nozar et al 2016)</li> <li>•Socializar las estrategias y planes de mejora al personal institucional (Nozar et al 2016)</li> <li>•Realizar escucha y análisis permanente de la voz del paciente y su familia (Linaldi Yépez et al. 2019)</li> </ul>
	<b>Acceso a tratamiento</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Evaluar institucionalmente la disponibilidad de talento humano y tecnologías o direccionamiento para acceso a las mismas prestadas por terceros, de tal manera que se logre demostrar la solidez en la oportunidad y acceso al tratamiento y se logre hacer un seguimiento del mismo, en el tiempo (T. H. Fonham et al 2020)</li> </ul>
		<b>HACER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Crear programa de asesoría desde el proceso estratégico de la institución en el cumplimiento de los objetivos operacionales que permitan mejorar el acceso a la atención. (Nozar et al 2016)</li> <li>•Llevar a cabo estudios poblacionales que permitan identificar las principales barreras de acceso de la atención</li> <li>•Implementar estrategias de escucha a las pacientes y sus familias, de tal manera que se logre tener retroalimentación sobre las principales barreras de acceso a las cuales se enfrentan. (Nozar et al 2016)</li> </ul>
		<b>VERIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisar indicadores del servicio asociadas al direccionamiento de las pacientes, con hallazgos anormales en las pruebas de tamizaje registradas (T. H. Fonham et al 2020)</li> </ul>
		<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Integrar y fortalecer redes de servicio asociadas al direccionamiento de las pacientes, con hallazgos anormales en las pruebas de tamizaje registradas (T. H. Fonham et al 2020)</li> </ul>
	<b>Seguimiento</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Establecer comité de seguimiento, por medio del establecimiento de bases de datos, alimentadas diariamente con los datos de las pacientes acorde a sus hallazgos en pruebas de tamizaje o inicio de tratamiento, de tal manera que se generen alertas diarias, y se logre hacer correcto seguimiento a la población atendida. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> <li>•Tener en cuenta las pacientes en zonas geográficamente apartadas o con dificultades en el acceso a medios digitales, quienes deben ser incluidas en el programa de seguimiento (Rivas, 2011).</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Diseño del modelo de cuidados	Seguimiento	HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Implementar programa de seguimiento institucional de registro por medio del sistema de información, que genere alertas automáticas para realizar recordatorios y comunicarse con las pacientes para no perder de vista el proceso de atención establecido. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar análisis de indicadores específicos del proceso de seguimiento implementado en la institución, a las pacientes, en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Valerse de medios digitales interactivos y prácticos para el seguimiento de las pacientes (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
Apoyo para la toma de decisiones clínicas	Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos de manejo	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•En caso de buscar desarrollar las guías de práctica clínica y protocolos propios institucionales, se recomienda consultar parámetros y designar comité técnico científico, para la elaboración, desarrollo de las guías y protocolos institucionales propios, para lo anterior el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, con el apoyo de la Fundación Santa Fe de Bogotá, desarrollaron un documento que contiene una guía metodológica, para el desarrollo y elaboración de protocolos y guías de práctica clínica, disponible para ser consultada en el siguiente link <a href="http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf">http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/Documentos%20compartidos/Guia_Metodologica_Web.pdf</a></li> </ul>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Adopción de guías de práctica clínica y protocolos disponibles, actualizados, revisados y socializados a los profesionales (MinSalud, 2012)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar análisis de indicadores específicos (socialización de GPC, apropiación de conceptos por parte del personal asistencial) en la institución, en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>

<b>Categorías según modelo de Ed. Wagner</b>	<b>Elemento evaluado</b>	<b>Fase ciclo PHVA</b>	<b>Recomendaciones generales y acciones</b>
<b>Apoyo para la toma de decisiones clínicas</b>	<b>Disponibilidad de guías de práctica clínica y protocolos de manejo</b>	<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como metodología involucrada en los planes de mejora instituciones, se recomienda la implementación de comités científicos encargados de la revisión periódica de las guías de práctica clínica y protocolos aplicados al interior de la institución, de tal manera que el proceso de capacitación, seguimiento e implementación, tenga responsables claramente definidos y el proceso se encuentre dentro del ciclo de mejora continua activa. (Australian Institute of Health and Welfare, 2019)</li> </ul>
<b>Apoyo al autocuidado</b>	<b>Estrategias de educación del paciente</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar estrategias de educación no convencionales, tales como la Estrategia de educación sexual con metodología de pares, jornadas de desmitificación de conceptos de manera lúdica, aplicada a población en la cual se identifique riesgo de desarrollar esta enfermedad (Páez Gómez, 2017).</li> </ul>
		<b>HACER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entornos no convencionales, en los cuales se busque abordar el tema desde los conceptos preestablecidos con los cuales cuentan las pacientes, valorados mediante una encuesta o una herramienta digital de preguntas, en donde se dirija la educación a los temas más confusos o en los cuales se logre detectar mayor cantidad de datos imprecisos con respecto a la enfermedad. (Páez Gómez, 2017)</li> <li>• Adoptar el uso de medios digitales como mecanismo de difusión de mensajes veraces, claros y didácticos, relacionados con prevención, detección temprana y complicaciones. (Páez Gómez, 2017).</li> </ul>
		<b>VERIFICAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar análisis de indicadores relacionados al seguimiento de las estrategias de educación, impacto en la población beneficiada y estrategias de capacitación de los profesionales operativos de los programas de educación. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		<b>ACTUAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar programas y canales prácticos de escucha continua y contante del usuario, de tal manera que los procesos de educación cuenten con una adecuada retroalimentación por parte de sus beneficiarios. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
<b>Recursos y políticas comunitarias</b>	<b>Estrategias para optimizar el acceso a los servicios de salud</b>	<b>PLANEAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomando como referencia la experiencia de un proyecto innovador ECHO (Extension of Community Health Outcomes) fundado en el año 2003 por el Dr. Sanjev Arora de la Universidad de Nuevo México, Estados Unidos, llevado a cabo en Uruguay. como una iniciativa de alcance internacional, con el objetivo de mejorar significativamente el acceso a la atención especializada para las poblaciones rurales mediante la utilización de tecnologías de la comunicación. Con el desarrollo de teleclínicas relacionadas con el manejo integral del Cáncer de cuello uterino, encaminado a la discusión de casos clínicos de pacientes en zonas geográficamente apartadas, o con dificultades en el acceso. (Nozar et al 2016)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Recursos y políticas comunitarias	Estrategias para optimizar el acceso a los servicios de salud	HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•La experiencia española muestra cómo se involucran esfuerzos en la búsqueda de un acercamiento a las parteras y matronas en las áreas rurales, dado a que son las personas a las cuales acuden las mujeres en muchas de estas zonas, para la búsqueda de la información, realizando educación y capacitación, de tal manera que se conviertan en agentes difusores de información correcta. (Otero et al, 2011)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar análisis de indicadores de seguimiento a programas de identificación y mitigación institucional de las principales barreras de acceso identificadas, en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		ACTUAR	<p>Una vez identificadas las principales barreras de acceso para la atención, gestionar desde el proceso estratégico, acciones correctivas y preventivas, encaminadas a mitigar el impacto progresivo que estas barreras tienen en la calidad de los programas de atención en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino (Otero et al, 2011)</p>
Sistemas de información clínica	Historia clínica	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombrar responsables en el proceso de coordinación del sistema de información institucional. (Rivas, 2011).</li> <li>•Diseñar una estrategia para la conformación, nombramiento de líderes dentro del comité de historias clínicas, para la revisión de los ítems relacionados al diligenciamiento de la información en el registro clínico referente a los programas de prevención y promoción de la salud. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Implementación de sistemas de información con alertas en historias clínicas de mujeres que acuden para la prestación de servicios de salud, de 9 -69 años, en donde se genere un recordatorio al profesional tratante, de realizar el direccionamiento a programas de vacunación o programa de tamizaje, según la edad, el cual pueda ser registrado en el misma historia clínica. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar análisis de indicadores específicos para el seguimiento del diligenciamiento de los registros clínicos en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Implementar un programa sistemático por medio de un comité para implementar planes de mejora continua a partir de resultados obtenidos en el seguimiento a los registros clínicos. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>

Categorías según modelo de Ed. Wagner	Elemento evaluado	Fase ciclo PHVA	Recomendaciones generales y acciones
Sistemas de información clínica	Captación e identificación de población en riesgo	PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Revisar informes de auditorías internas, externas y de los entes de control, con el fin de adquirir un contexto más claro de la institución. (Rivas, 2011).</li> <li>•Diseñar cronogramas y nombrar responsables de los procesos de coordinación del programa de captación de pacientes en riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino apoyado en el sistema de información institucional. (Rivas, 2011).</li> </ul>
		HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Utilización me medios digitales, por medio de herramientas didácticas, de fácil acceso en los cuales las pacientes puedan evaluar por medio de una encuesta, su riesgo personal de desarrollar cáncer de cuello uterino, como se relaciona en el presente link, el cual direcciona a una fuente modelo, llevada a cabo en la Universidad de Rochester en Nueva York, Estados Unidos, la cual es una herramienta que supera barreras de acceso en cuanto a la identificación de pacientes en riesgo, según sus prácticas y estilo de vida, en donde lo único necesario es tener el conocimiento de su existencia y acceso a internet : <a href="https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=42&amp;contentid=CervicalCancerRisk">https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=42&amp;contentid=CervicalCancerRisk</a></li> </ul>
		VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Realizar análisis de indicadores de captación de pacientes en riesgo en el marco del modelo de atención del cáncer de cuello uterino. (Marco Cuenca, G. 2016)</li> </ul>
		ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar acciones correctivas según los análisis periódicos de los indicadores y resultados de la estrategia de captación de la población en riesgo. (Rivas, 2011)</li> </ul>

**Fuente:** *Elaborado por las autoras, a partir de la revisión de literatura 2020 -2021*

*17.7 Recomendaciones de implementación del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino a nivel institucional.*

A continuación, se presenta una tabla en la cual se contemplan las principales acciones de implementación propuestas (tabla 27), para la aplicación del instrumento de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, en las diferentes instituciones de salud del país.

El ciclo PHVA se fundamenta en 4 fases con un enfoque de gestión simple e interactivo, con el fin de probar cambios en los procesos institucionales, e impulsar su optimización continua a través del tiempo.

La primera fase consiste en “*planear*”, en esta fase se inicia la “*caracterización del instrumento a aplicar en el interior de la institución*”, este instrumento se encuentra dirigido a la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino a nivel institucional, estructurado a partir del Modelo de Gestión de Cuidado Crónico de Edward Wagner”.

La segunda fase corresponde al “*hacer*”, esta fase indica las acciones que deben ser llevadas a cabo por parte del talento humano y líderes de procesos institucionales, quienes serán los encargados de ejecutar las estrategias planteadas en la primera fase.

La tercera fase del ciclo Deming es “*verificar*”, en esta fase se busca brindar las herramientas, para determinar la eficacia de la evaluación, por medio del instrumento diseñado para el análisis del modelo de atención del cáncer de cuello uterino a nivel institucional.

Finalmente, la cuarta fase se refiere al “*plan de acción de mejora*”, que orienta a la aplicación de acciones correctivas con base en los resultados del instrumento implementado.

A continuación, se definen los elementos generales del ciclo de gestión de la calidad presentado:

- Proveedores internos: Corresponde a los procesos asociados al Sistema de Gestión de la Calidad institucional, que le entregan sus salidas (resultados) a este proceso.
- Proveedores externos: Se refiere a las entidades externas (públicas o privadas) o personas que entregan algún insumo o materia prima requerida para el proceso.
- Entradas: Incluye la información (documentos) o los servicios recibidos de proveedores internos o externos.
- Actividades de Transformación: Hace referencia al ciclo de operaciones que transforman las entradas en salidas, creando valor. También denominadas pasos o etapas del proceso, corresponden al núcleo central de la caracterización.
- Salidas: Son los resultados (productos y/o servicios) que se obtienen al ejecutar las actividades del proceso. Incluye todos aquellos entregables a otros procesos o a los clientes, como producto de un proceso o de una etapa del mismo.

Las salidas de un proceso, pueden ir dirigidas a clientes externos o internos.

- Clientes: Los usuarios de la prestación del servicio o clientes receptores del producto de la organización.

**Tabla 27.** Propuesta de implementación del instrumento de evaluación del Modelo de atención del Cáncer de cuello uterino en Colombia, según ciclo Deming PHVA.

PHVA	Proveedor	Entrada	Actividades	Salidas	Beneficiarios
PLANEAR	IPS	Comunicar el momento en el cual los encargados iniciarán la aplicación del plan piloto.	Se inicia con la recopilación de datos de los profesionales	Documento de aplicación del instrumento de evaluación propuesto.	IPS
	IPS, Talento Humano	Profesionales de la IPS encargados de la consulta de prevención y manejo de Ca. Cuello Uterino	Identificación de líderes de procesos y equipos de trabajo.	Lista de profesionales que harán parte de la aplicación del instrumento propuesto	IPS, Profesionales
	Sistema Informático de la IPS	Guías institucionales establecidas para el manejo de Ca de Cuello uterino	Identificación de elementos del sistema que facilite la consulta a los profesionales.	Evidencia de los accesos en los equipos de cómputo, de cada profesional a los archivos de las guías.	IPS, Profesionales
	Auditor Interno	Experiencias previas y avances institucionales sobre la aplicación de un instrumento	Establecer la realización del instrumento propuesto	Estandarización del instrumento propuesto	IPS
	Coordinador de la sede	Conocimiento del instrumento creado por las autoras a la institución de la salud	Socialización del instrumento creado a todo el personal de salud de la institución	Publicación del instrumento de evaluación propuesto.	IPS
HACER	Profesionales de la salud	Profesionales de la IPS encargados de la consulta de prevención de Ca. Cuello Uterino	Gestionar los indicadores del instrumento propuesto.	Informe a los profesionales del resultado del instrumento propuesto	IPS, Profesionales
	Auditor Interno	Resultados obtenidos en la aplicación del instrumento aplicado en la institución		Formato del instrumento para la evaluación propuesto.	Cientes internos

PHVA	Proveedor	Entrada	Actividades	Salidas	Beneficiarios
			Formulación y seguimiento de los procesos obtenidos al aplicar el instrumento en la institución		
	Coordinador del proceso de gestión de la calidad	Resultado de la aplicación del instrumento propuesto	Evaluación de la efectividad de la aplicación del instrumento en la IPS	Informe documentado de la efectividad de la aplicación del instrumento propuesto	Procesos institucionales de gestión de la calidad
VERIFICAR	Auditor Interno/ Profesionales de la calidad	Informe de resultado para la adherencia del instrumento por parte de las autoras	Estudio del resultado de la aplicación del instrumento	Informe documento de la eficacia y adherencia de la aplicación del instrumento propuesto	Procesos de gestión de la calidad
ACTUAR	Coordinador médico de la institución	Informe de Resultado de la completa aplicación del instrumento .	Acciones para la adopción de plan de mejora.	Documento de acciones de mejora para la aplicación del instrumento propuesto.	Procesos de gestión de la calidad

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 -2021.*

A continuación, se presenta en el marco de la propuesta de implementación del instrumento para la evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, la herramienta 5W1H (Qué, Cómo, Porqué, Dónde, Quién y Cuándo), aplicada a cada una de las fases del modelo de gestión de la calidad PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), la cual permite presentar de manera práctica los componentes clave dentro de las diferentes instituciones, para aplicación de cada una de las fases, en el plan piloto de implementación del instrumento de evaluación.

**Tabla 28.** *Propuesta de implementación del instrumento de evaluación del Modelo de atención del Cáncer de cuello uterino en Colombia, por medio de la herramienta 5W1H.*

**Planear:** se inicia la caracterización del instrumento a implementar para la evaluación del modelo de atención Ca de Cuello Uterino en Colombia, a partir del modelo de gestión de cuidado crónico de Edward Wagner

<b>QUÉ</b>	Planear la caracterización del instrumento para la evaluación del modelo de atención de Cáncer de Cuello Uterino en Colombia
<b>CÓMO</b>	Estructuración de un plan de trabajo, enfocado a la caracterización del instrumento por parte de las autoras para todos los colaboradores del servicio de atención en salud
<b>POR QUÉ</b>	La orientación de la caracterización del instrumento, se requiere integración para su difusión, despliegue y generación de conocimiento con el fin de estimular a los colaboradores al desarrollo de las acciones definidas en las líneas de acción y el logro de los objetivos propuestos.
<b>DÓNDE</b>	IPS seleccionada
<b>QUIÉN</b>	Líder proceso de gestión de la calidad
<b>CUÁNDO</b>	Febrero 2022

**Hacer:** indica las acciones que se deben realizar, es decir que el talento humano que valora la población descrita ejecutarán las estrategias planteadas en la primera fase

<b>QUÉ</b>	Ejecutar las acciones establecidas en el instrumento para la evaluación del modelo de atención de Ca de Cuello Uterino en Colombia
<b>CÓMO</b>	Estrategias creadas por las autoras y explicadas al talento humano, para accionarlas al aplicar el instrumento para la evaluación del modelo de atención de Ca de Cuello Uterino en Colombia
<b>POR QUÉ</b>	El talento humano de la IPS debe estar relacionado con el instrumento a desarrollar, de tal manera que al validar las acciones que genera el instrumento sean aplicadas de manera adecuada para la población con Ca de Cuello Uterino

<b>DÓNDE</b>	IPS seleccionada
<b>QUIÉN</b>	Coordinador del proceso de gestión y talento humano
<b>CUÁNDO</b>	Febrero 2022

**Verificar:** Adherencia y Eficacia del instrumento.

<b>QUÉ</b>	Verificar el resultado del instrumento para determinar la adherencia en la IPS escogida por las autoras y a su vez determinar la eficacia de la evaluación del modelo de atención de Ca de Cuello Uterino en Colombia
<b>CÓMO</b>	Al estar aplicado el instrumento para la evaluación del modelo de atención de Ca de Cuello Uterino en Colombia, debemos demostrar los alcances que se generaron de manera positiva en la ejecución del mismo
<b>POR QUÉ</b>	A la institución seleccionada por partes de las autoras se les informará mediante un documento la efectividad de la aplicación del instrumento para la evaluación del modelo de atención Ca de Cuello Uterino en Colombia, a partir del modelo de gestión de cuidado crónico de Ed. Wagner y así tener calidad en la atención sobre esta población femenina diagnosticada.
<b>DÓNDE</b>	IPS seleccionada
<b>QUIÉN</b>	Líder proceso de gestión de la calidad y el mejoramiento continuo
<b>CUÁNDO</b>	Febrero 2022

**Actuar:** “*plan de acción de mejora*”, que orienta a la aplicación de acciones correctivas con base en los resultados del instrumento implementado.

<b>QUÉ</b>	Plan de acción de mejora que orientará a la aplicación de acciones correctivas con base en los resultados del instrumento implementado para la evaluación del modelo de atención de Ca de Cuello Uterino en Colombia
<b>CÓMO</b>	De acuerdo con los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento, las autoras darán un plan de acción de mejora a la institución visitada y con esto definir la calidad de la atención del Ca de Cuello Uterino en Colombia.
<b>POR QUÉ</b>	Para la IPS en la que se está realizando la implementación del instrumento es de vital importancia orientar las acciones correctivas, con el fin de posicionar su calidad de la atención en cuanto al seguimiento de cáncer de cuello uterino en la población femenina.
<b>DÓNDE</b>	IPS seleccionada
<b>QUIÉN</b>	Líder proceso de gestión de la calidad y el mejoramiento continuo
<b>CUÁNDO</b>	Febrero 2022

**Fuente:** *Elaborado por las autoras a partir de la revisión documental 2020 -2021*

## **18. Agenda abierta de investigación**

El presente trabajo de investigación, desarrollado a partir de una revisión documental para el diseño de la propuesta del instrumento de evaluación del Modelo de atención del cáncer de cuello uterino en las diferentes instituciones de salud en Colombia, abre la oportunidad para el desarrollo de proyectos de investigación asociados, que permitan desarrollar la herramienta propuesta, valorar su impacto en el modelo de atención y el sistema de salud del país, así como identificar las principales oportunidades de mejora asociadas a esta herramienta de evaluación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se abre la oportunidad para desarrollar investigaciones de impacto sobre los atributos de la calidad, en especial de la satisfacción de las usuarias, la continuidad, la oportunidad y accesibilidad a los programas de atención, propios de cada institución, asociados al abordaje y manejo del cáncer de cuello uterino; una vez implementada y aplicada la propuesta del instrumento de evaluación diseñada en el presente trabajo, resulta de gran valor el desarrollo de proyectos encaminados a medir el impacto de la herramienta sobre los atributos de la calidad mencionados.

En segundo lugar, se considera que la presente investigación, abre la oportunidad para desarrollar proyectos que permitan medir el impacto sobre los recursos económicos en términos de eficiencia, destinados para la atención del cáncer de cuello uterino en las diferentes instituciones de salud del país, una vez aplicado el plan de mejora instaurado a partir del proceso de evaluación con la herramienta propuesta.

## 19. Bibliografía

Adhanom Ghebreyesus, T OMS. (2020). Proyecto de estrategia mundial para acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública. OMS, 1, 5-39. 2020, agosto 19, Recuperado de [www.who.int/cervical-cancer-elimination-strategy-sp53](http://www.who.int/cervical-cancer-elimination-strategy-sp53).

Acera Pérez, A. (2016). Evaluación de tres estrategias para la captación de mujeres con cribado incorrecto de cáncer de cervix: Estudio CRICERVA (1st ed., pp. 56-68). Barcelona España. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/105506>

American Cancer Society. (2020). Prueba de VPH. 2020, Julio 12, de Pruebas de detección para el cáncer de cuello uterino Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/pruebas-de-deteccion/prueba-de-vph.html>

American Joint Committee on Cancer. (2018). AJCC Cáncer Staging Form Supplement. American Joint Committee on Cancer, 8, 287. 2020, julio 18, Recuperado de <https://cancerstaging.org/Pages/default.aspx>.

Aranguren Pulido LV, Burbano Castro JH, González JD, Mojica Cachope AM, Plazas Veloza DJ, Prieto Bocanegra BM. Barreras para la prevención y detección temprana de cáncer de cuello uterino: Revista de Enfermería 2017;19(2):129- 43. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-2.bpdt>

Australian Institute of Health and Welfare. (2019). *Cervical screening in Australia* (1st ed., pp.21-94). Canberra, Australia. Retrieved from <https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/national-cervical-screening-program>

Barceló Alberto, Epping Jordan Joanne, Orduñez Pedro, Lucian Silvana, Agurto Silvana & Tasca Renato. (2013). *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Biblioteca Sede de la OPS, Oficina Regional para las Américas, 1, 24 -105. 2020, julio 21, Recuperado de <https://www.paho.org>.

Barr Victoria, Robinson Sylvia, Marin-Link Brenda, Underhill Lisa, Dottss Anita, Ravensdale Darlene, Salivaras Sandy. (2003). *The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. British Columbia: Hospital Quarterly.

Bhatla N, Berek J, Cuello M, Denny L, Grenman S, Karunaratne K. et al. (2019). FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. *American Joint Committee on Cancer*, 1, 1-7. 2020, julio 18, Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/>.

Brewste, W., Anton-Culver, H., Ziogas, A., Largent, J., Howe, S., Hubbel, F., & Manetta, A. (2002). *Recruitment Strategies for Cervical Cancer Prevention Study* (1st ed., pp. 1-5). Nashville, Tennessee. Retrieved from <http://www.idealibrary.com> on

Camacho López, P. (2015). *Barreras para el adecuado control de la hipertensions arterial y factores de riesgo cardiovascular en Colombia* (1st ed., pp. 1 - 34). Colombia.

Cancer Australia – Check Your Cancer Risk online tool. Retrieved 11 August 2020, from <https://lifestylerisk.canceraustralia.gov.au/#/>

Cancer Australia: Cancer risk information: Smoking. Retrieved 6 September 2020, from  
<https://lifestylerisk.canceraustralia.gov.au/info/smoki>

Canfel K, Hall M, Simms H, Smith M, Saville M, (2018) Australia on-track to be the first  
country to achieve cervical cancer elimination. HPV World, 65, 1- 6

Cervical Cancer Risk Assessment - Health Encyclopedia - University of Rochester Medical  
Center. Retrieved 12 September 2020, from  
[https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=42&contentid=CervicalCancerRisk&CervicalCancerRA\\_Parameters=26](https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=42&contentid=CervicalCancerRisk&CervicalCancerRA_Parameters=26).

D. Szucs, T., Largeron, N., J. Dedes, K., Rafia, R., & Bénard, S. (2008). Cost-effectiveness  
analysis of adding a quadrivalent HPV vaccine to the cervical cancer screening  
programme in Switzerland (5th ed., pp. 1-11). Zurich, Switzerland. Retrieved from  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18413014/>

Delon Sandra y MacKinnon Blair. (2009). Healthcare Quarterly: Alberta's systems approach  
to chronic disease management and prevention utilizing the expanded chronic care  
model. Toronto, Canadá: Healthcare Quarterly Special Issue

DIAN. (28 abril, 2020). El ciclo PHVA y sus fases. 2020, septiembre 21, de Leegales  
Recuperado de <https://dianhoy.com/que-es-el-ciclo-phva/>

Divya Jyothi, B., Bhavya Sai, S., Chaitanya Lakshmi, B., Shafiya Begum, S., & Satish  
Kumar, A. (2018). Awareness on cervical cancer-risk assessment (1st ed., pp. 1-9).  
Guntur, India. Retrieved from  
<https://innovareacademics.in/journals/index.php/ijpps/article/view/18882>

Espín Falcón J, Cardona Almeida A, Acosta Gómez Y, Valdés Mora M, Olano Rivera M.

(2012). Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Revista Cubana de Medicina General Integra*, 28, 1-14. 2020, junio 23, Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n4/mgi16412.pdf>.

Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo. (2018). Día mundial de la prevención del Cáncer de Cuello Uterino. *Cuenta de Alto Costo: Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo*, 13, pp 1-3. 2020, julio 24, Recuperado de [www.sispro.gov.co](http://www.sispro.gov.co).

Garcés Palacio, I., & Rocha Buelvas, A. (2014). Barreras para la detección oportuna del cáncer cervicouterino en Colombia: una revisión narrativa (33rd ed., pp. 1 - 18). Antioquia, Colombia: Grupo de Investigación de Salud Pública y Desarrollo Social, Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social. Fundación Universitaria del Área Andina. Retrieved from <https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/648>

Hall M, Simms K, Lew J, Smith M, Brotherton J, Saville M, Frazer I, Canfell K. (octubre 2018). The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health* 2019; 4, 19 - 27.

HPV vaccination uptake. Retrieved 18 August 2020, from <https://ncci.canceraustralia.gov.au/prevention/hpv-vaccination-uptake/hpv-vaccination-uptake>

Instituto Nacional de Salud. (2019). Lineamientos nacionales 2020 vigilancia y control en salud pública Estrategia basada en casos predefinidos (1st ed., pp. 17-125). Bogotá, Colombia. Retrieved from

[https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-  
documentos.aspx](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Lineamientos-y-documentos.aspx)

Instituto Nacional de Salud, & Martínez Gómez, V. (2016). Informe final de cáncer de mama y cuello uterino, Colombia (2nd ed., pp. 1-32). Bogotá, Colombia. Retrieved from <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento>

Jemal A. (2014). El Atlas del Cáncer. American Cancer Society, 2, 82. 2020, julio 16, Recuperado de [https://www.cancer.gov.co/ATLAS\\_de\\_Mortalidad\\_por\\_cancer\\_en\\_Colombia.pdf](https://www.cancer.gov.co/ATLAS_de_Mortalidad_por_cancer_en_Colombia.pdf).

Jiménez Herrera M. (2018). Informe de Evento cáncer de mama y cuello uterino en Colombia. INS Instituto Nacional de Salud, 2, 1-15. 2020, julio 25, Recuperado de <https://www.ins.gov.co>.

Kodner, D. (2009). Healthcare Quarterly (19th ed., pp. 12-41). Alberta, Canadá. Retrieved from <http://www.healthcarequarterly.com>

Lange, I., & Campos, S. (2013). Automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud, una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud (1st ed., pp. 17 - 26). Santiago de Chile: Departamento Modelo de Atención Primaria División de Atención Primaria. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl>

Linaldi Yépez, F., Hernández-Cruz, L., Apresa García, T., Hernández, D., & Martínez Torres, J. (2010). Indicadores de calidad en la detección oportuna de cáncer cervicouterino en unidades de primer nivel de atención (3rd ed., pp. 1-10). Chiapas, México. Retrieved from <https://www.medigraphic.com>.

Marco Cuenca, G. (2016). Interoperabilidad semántica y normalización de la historia clínica electrónica: modelo de producción de activos semánticos basados en estándares (Doctorado). Universidad Complutense de Madrid.

Mas B, Sapena R, García C, & Ramírez J. (2015). Implantación y desarrollo de un sistema integrado de gestión de calidad según la norma ISO 9001:2015 en un Servicio de Dermatología. *Actas Dermo*, 2, 1-10. 2020, julio 25, Recuperado de <http://www.actasdermo.org>.

Mayo Clinic. (2019). Cáncer de Cuello Uterino. 2020, Julio 25, de Mayo Clinic Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/symptoms-causes/syc-2035250>

Medina Villaseñor E, Oliver Parra P, Neyra Ortiz E, Pérez Castro J, Sánchez Orozco J, Contreras González N. (2014). Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Gaceta Sociedad Mexicana de Oncología*, 1, 12-25. 2020, julio 16, Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-neoplasia-intraepitelial-cervical-analisis-caracteristicas->.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. *Minisalud*, 45, 28-64. 2020, julio 16, Recuperado de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_Cuello\\_Uterino/LPC\\_Guia\\_completa\\_julio\\_2018.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Cuello_Uterino/LPC_Guia_completa_julio_2018.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía de Práctica Clínica para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. Guía para profesionales. Colombia. Minisalud, 44, 33-48. 2020, julio 16, Recuperado de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_Cuello\\_Uterino/LPC\\_Guia\\_profesionales\\_julio\\_2018.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Cuello_Uterino/LPC_Guia_profesionales_julio_2018.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para el manejo del cáncer de cuello uterino invasivo. Guía para pacientes y cuidadores. Minisalud, 45, 17-29. 2020, julio 16, Recuperado de [http://gpc.minsalud.gov.co/gpc\\_sites/Repositorio/Otros\\_conv/GPC\\_Cuello\\_Uterino/LPC\\_Guia\\_pacientes\\_julio\\_2018.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Otros_conv/GPC_Cuello_Uterino/LPC_Guia_pacientes_julio_2018.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Cáncer de cuello uterino. 2020, Julio 14, de La salud es de todos Minsalud Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Cancer-de-cuello-uterino.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Rutas Integral de Atención en Salud, cáncer de cuello uterino. 2020, Julio 14, de La salud es de todos Minsalud Recuperado de [https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta\\_integral\\_cuellouterino.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/ruta_integral_cuellouterino.aspx)

Ministerio de Salud y Protección Social. (N.d). Vacunación contra el Virus Papiloma humano - VPH en Colombia, para la prevención del cáncer de cuello uterino y verrugas genitales. Documento informativo para el personal de la salud, 1, 1-5. 2020, Julio 15,

Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/1-vacunacion-contra-virus-papiloma%20humano-verrugas-genitales.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología. (2012). Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012 - 2021. Min Salud, 1, 31 - 45. 2020, septiembre 12, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-decenal-control-cancer-2012-2021.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Minsalud, 1, 49-51. 2020, julio 24, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 -2021 (pp. 7-81). Bogotá, Colombia. Retrieved from <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/pdccc.aspx>

Mora L. (N.d). Vacuna contra el cáncer de cuello uterino. 2020, julio 26, de Ministerio de Salud y Protección Social Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Vacunacion/Paginas/ABC-de-la-vacuna-contra-el-cancer-cuello-uterino.aspx>

Morán Hernández, P. (2019). Estrategias educativas para la prevención del cáncer de cérvix en mujeres de edad fértil (1st ed., pp. 68-72). Tulcán, Ecuador. Retrieved from <http://dspace.uniandes.edu.ec/>

Morel J, Rodríguez R, Salvá A, Diaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo, I, & De Vos P. (2011). Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no

- transmisibles en Cuba y el mundo. Scielo.sld.cu, 1, 1-12. 2020, julio 25, Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n11/san121111.pdf>.
- Moreno Barrios M. (2017). Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. Scielo, 1, 1-9. 2020, julio 18, Recuperado de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v77n1/art08.pdf>.
- Murillo Raúl. (2018). Cáncer de cuello uterino: Colombia, al filo de la oportunidad. 2020, julio 17, de *Pesquisa Javeriana 12 Años de divulgación científica y tecnológica* Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/cancer-de-cuello-uterino-colombia-al-filo-de-la-oportunidad/>
- National Cervical Screening Program. Retrieved 19 August 2020, from <http://www.cancerscreening.gov.au/internet/screening/publishing.nsf/Content/cervical-screening>.
- Nozar, M., Fiol, V., Greif, D., Ben, S., Briozzo, L., & Cohen, H. (2016). Cáncer de cuello uterino, estrategias innovadoras en la descentralización del conocimiento y su manejo. *Proyecto ECHO Uruguay* (1st ed., pp. 5-15). Uruguay. Retrieved from <http://www.scielo.edu.uy/>
- OMS. (2020). Enfermedades crónicas. 2020, julio 16, de *Organización mundial de la Salud* Recuperado de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- OPS Colombia. (2011). Las enfermedades no transmisibles (ENT), nuestro reto. 2020, julio 21, de OPS Colombia Recuperado de <https://www.paho.org/col/index-enfermedades-no-transmisibles-ent-nuestro-reto>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (abril 2020). Proyecto de estrategia mundial para  
acelerar la eliminación del cáncer del cuello uterino como problema de salud pública.

Organización Mundial de la Salud, 1, 1 -39.

OMS. (N.d). Cáncer. 2020, julio 16, de Temas de salud Recuperado de  
<https://www.who.int/topics/cancer/es>

OMS. (2018). Cáncer. 2020, Julio 26, de Cáncer Recuperado de  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Estrategias de prevención del cáncer  
cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y  
tratamiento con crioterapia (1st ed., pp. 13-51). Ciudad de Guatemala. Retrieved from  
<https://www.paho.org/hq/index.php?option=com>

Ortiz Serrano Ricardo, Uribe Pérez Claudia Janeth, Díaz Martínez Luis Alfonso, Dangond  
Romero Yuriko Rafael. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.  
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Revista Colombiana de Obstetricia  
y Ginecología, 55, 147-149. 2020, julio 18, Recuperado de  
<https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/602/649>.

Otero, L., Sanz, B., & Blasco, T. (2011). Detección precoz de cáncer de cérvix según los  
discursos de las matronas de atención primaria en Segovia, España [Ebook] (5th ed.,  
pp. 1-6). Segovia, España. Retrieved from  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-8910&lng=en&nrm=iso)

Páez Gómez, H. (2017). Diseño e implementación de una estrategia para el desarrollo efectivo del proyecto de educación sexual y la ciudadanía desde una propuesta de gestión educativa. (Magister). Universidad Libre.

Pardo C, de Vries E, Buitrago L, Gamboa O. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. Cuarta edición. Bogotá D. C. Instituto Nacional de Cancerología, 2017, v.1. p. 124

Pinzón Espitia Olga Lucía, Chicaiza-Becerra Liliana, García Molina Mario & González Rodríguez Javier Leonardo. (2016). Programas de gestión de enfermedades en el siglo XXI. Revista Facultad de Medicina Universidad +A3:A12Nacional, Vol. 64, 735-740. 2020, julio 26, Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/55022>.

Ravikumar, K., MacLaughlin, K., R. Scheitel, M., Kessler, M., B. Waghlikar, K., Liu, H., & Chaudhry, R. (2018). Improving the Accuracy of a Clinical Decision Support System for Cervical Cancer Screening and Surveillance (9th ed., pp. 1-10). Rochester United States: Department of Health Sciences Research, Mayo Clinic. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29365341>.

Rivas Suárez, L. (2011). Cáncer de cérvix: Programas de tamizaje en países en vías de desarrollo (59th ed., pp. 37-41). Costa Rica. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2011/rmc111g.pdf>

Rojo A, Arratibel P, Bengoa R. (2018). Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH. SI Health, 1, 3 -88. 2020, julio 16, Recuperado de <https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viiv->

healthcare/es\_ES/documents/Modelo%20%C3%B3ptimo%20atenci%C3%B3n%20  
VIH.pdf.

Rubiera López G, Riera Velasco J. (2004). Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas. Atención Primaria, 1, 206-209. 2020, julio 25, Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-programa-mejorar-atencion-enfermedades-cronicas--13065832>.

Rubio Fernández, E. (2019). Impacto de una intervención en pacientes crónicos complejos y avanzados en atención primaria (1st ed., pp. 7 - 10). Barcelona , España. Retrieved from <http://diposit.ub.edu/>

Sankaranarayanan R, Wesley Ramani S. (2005). Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales. Centro Internacional de Investigación Sobre el Cáncer, 41, 1-10. 2020, Julio 15, Recuperado de <https://screening.iarc.fr/doc/viaviliesintro.pdf>.

Sociedad Americana Contra el Cáncer. (2019). Cáncer de cuello uterino: Estadísticas. 2020, Julio 6, de Cáncer.net Sociedad Americana Contra el Cáncer Recuperado de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/-de-cuello-uterino/estadisticas>.

Tarí Guilló Juan José. (2000). Calidad total: fuente de ventaja competitiva. Alicante, España: Edición electrónica: Espagrafic.

T. H. Fontham, E., Wolf, A., R. Church, T., Etzion, R., R. Flowers, C., & Herzig, A. et al. (2020). Cervical Cancer Screening for Individuals at Average Risk: 2020 Guideline Update from the American Cancer Society (70th ed., pp. 2-26). New Orleans,

- Louisiana. Retrieved from  
<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21628>
- Terol E, Hamby E, & Minue S. (2001). *Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios*. Scielo.isciii.es, 1, 7-9.2020, julio 25, Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n2/articuloespecial.PDF>.
- Urrutia, M., & Poupin B, L. (2010). *Construcción y validación de un instrumento para medir calidad de atención del programa auge cáncer cervicouterino (6th ed.)*. Universidad Católica de Chile. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/scielo>.
- Vargas, I. (2013). *Enfermedades crónicas no transmisibles: Estrategia de intervención en Atención Primaria (1st ed., pp. 6-24)*. Santiago de Chile. Retrieved from <http://www.bibliotecaminsal.cl/>
- Vivas Consuelo, D, Vivas P, Álvarez Martínez M. (2010). *Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas*. Minsalud, 1, 1-114. 2020, julio 25, Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>.
- Wagner Ed, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. (2001). *Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action*. *Health Affairs*, 6, 1-16. 2020, julio 25, Recuperado de <http://content.healthaffairs.org>.
- Wilson, K., & Orians, C. (2005). *Considerations in Recruiting Underscreened Women to Focus Groups on Screening for Cervical Cancer (1st ed., pp. 1-6)*. Washington D. C. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

World Health Organization, International Agency of Research on Cancer. (Marzo 2018).

Cervix Uteri: Source Globocan 2018. The Global Cancer Observatory - Cervix Uteri

- Fact Sheet, 2, 1. 16 septiembre 2020, De The Global Cancer Observatory.



**Anexo 2.** *Guía de caracterización de los elementos de evaluación del modelo de atención del cáncer de cuello uterino, identificados según las categorías propuestas por el modelo de Edward Wagner.*

<b>Categorías del modelo de Edward Wagner</b>	<b>Elementos de evaluación identificado</b>	<b>Definición</b>	<b>Meta cuantitativa propuesta</b>	<b>Fórmula de Medición</b>
<b>Organización del Sistema</b>				
<b>Diseño del modelo de cuidados</b>				
<b>Apoyo para la toma de decisiones clínicas</b>				
<b>Apoyo al autocuidado</b>				
<b>Recursos y políticas comunitarias</b>				
<b>Sistemas de información clínica</b>				

**Fuente:** *Las autoras, a partir de la revisión documental sobre el tema desarrollado 2020*

**Anexo 3. Ficha técnica ejemplo del indicador Cobertura útil de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano**

<b>Ficha Técnica de indicadores</b>			
<b>Nombre del indicador</b>	Cobertura útil de vacunación contra el VPH		
<b>Definición</b>	Es el porcentaje de población femenina entre 9 – 18 años que han recibido las 3 dosis de la vacuna tetravalente o direccionada para vacunación según el PAI.		
<b>Forma de cálculo</b>	$\frac{\text{\# de pacientes mujeres entre 9 - 18 años atendidas vacunadas o derivadas a vacunación en un periodo de tiempo}}{\text{\# total de mujeres 9 - 18 años atendidas en el mismo periodo de tiempo}} \times 100$	<b>Componentes fórmula de cálculo</b>	
		<b>Numerador</b>	# de pacientes mujeres entre 9 - 18 años atendidas vacunadas o derivadas a vacunación
		<b>Fuente de numerador</b>	Registro plan ampliado de inmunización institucional
		<b>Denominador</b>	# total de mujeres 9 - 18 años atendidas
		<b>Fuente de denominador</b>	Registros clínicos sistema de información
<b>Responsable del calculo</b>	Coordinador del programa de inmunización institucional		
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje		
<b>Desagregación</b>	<b>Geográfica :</b> Institucional		
	<b>Edad :</b> 9 -18 años	Sexo: Femenino	
	9 - 18 años	Femenino	
	Periodicidad: Anual	Serie disponible: 2020 -2021	
<b>Observaciones</b>	La vacunación contra el VPH es considerada como la principal acción preventiva costo - efectiva, con relación a la disminución en la incidencia del cáncer de cuello uterino.		

*Fuente: Elaboración por parte de las autoras a partir de la revisión de literatura 2020 - 2021*